

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
VICERRECTORIA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLINICA

**INTERVENCIÓN COGNITIVA -CONDUCTUAL DIRIGIDA A
MEJORAR EL CONTROL DE LA EXPRESIÓN DE LA IRA EN UN
GRUPO DE NIÑOS Y NIÑAS Y ADOLESCENTES CON TRASTORNOS
DE CONDUCTA DISOCIAL**

PSICÓLOGO: SIMÓN BARRERA ÁVILA

**TESIS PRESENTADA EN CUMPLIMIENTO
DE LOS REQUISITOS PARA OPTAR
POR EL GRADO DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLINICA**

2012

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORIA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO
FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Programa de Maestría en: Psicología Clínica

Facultad de: Psicología

Número de Código: **CE -PT -327 -14 -06 -12 -105**

Nombre de la estudiante: Simón Barrera Ávila

Título al que aspira: Magíster en Psicología Clínica

Tema de Tesis: Intervención Cognitiva- Conductual dirigida a mejorar el control de la expresión de la ira en un grupo de niños(as) y adolescentes con trastornos de conducta disocial de la escuela República de Paraguay de la Ciudad de Colón.

Resumen Ejecutivo: Se trata de un diseño de investigación basado en el marco metodológico Cuasi-experimental con pre-prueba/ y post-prueba y un grupo control en lista de espera, en el que se evaluará en diez (10) sesiones la efectividad de la Terapia Cognitiva- Conductual en niños(as) y preadolescentes de la Escuela República del Paraguay de la Ciudad de Colón con diagnóstico de trastorno de conducta disocial.

Nombre del Asesor: Profesor Ricardo López

Firma del Asesor: _____

Firma de la Estudiante: _____

Aprobado por: _____

Coordinador del Programa

Director de Postgrado de la Vicerrectoría de Investigación
Y Postgrado

Fecha: _____

57
27.9 AUG 2013

Dedicatoria

Para: María Graciela Córdoba de Barrera, mi esposa
por su incondicional apoyo y su motivación
constante. Te amo. Dios te bendiga.

Obregón

Darí valor a las cosas, no por lo que valen,
sino por lo que significan (Gabriel García Márquez)

20071

Agradecimiento

Primeramente a Dios, a mi madre y a mi esposa María Graciela Córdoba de Barrera por su apoyo, por confiar en mí y por sus constantes consejos de motivaciones frente a la adversidad de la vida.

Al profesor Ricardo López por haberme brindado un momento de su valioso tiempo; Mil gracias. Dios le bendiga grandemente en todo lo que haga. .

A los estudiantes de la escuela República del Paraguay de Ciudad de Colón que aceptaron participar en la intervención cognitiva conductual de trabajo de Tesis.

Resumen

Es un estudio en donde se evaluaron veinte (20) estudiantes de la escuela República del Paraguay del corregimiento del Barrio Norte de la ciudad de Colón, con trastorno de conducta disocial, estos casos se caracterizan por la agresividad y su inadecuado manejo de expresión de ira. Se empleó el Inventario de Expresión de la Ira Estado - Rasgo, STAXI - NA versión para niños a adolescentes, para conocer los niveles de control y expresión de ira en niños y adolescentes. Se trata de un diseño de Investigación cuasi -experimental en la cual se evaluaron la efectividad de una intervención cognitiva conductual a diez estudiantes con trastorno disocial, del grupo experimental, sin embargo los otros diez estudiantes del grupo control están en espera para la intervención por motivos éticos. Luego de realizar las diez (10) sesiones de intervención terapéutica al grupo experimental, se volvió a aplicar el inventario de expresión de ira STAXIS -NA, lo cual reveló una disminución de la conducta agresiva y hubo mejor manejo de la expresión de la ira.

Summary

This is a study in which twenty (20) students from the Republic of Paraguay School in the North side of Colon city, with antisocial conduct disorder. These cases are characterized by aggressiveness and inappropriate expression of anger management.

The inventory used at the school was the state of anger expression -feature STAXI - NA children and adolescent version to know the levels of control and expression in both. It's a research design, quasi -experimental - which assessed the effectiveness of a cognitive behavioral intervention to ten students with oppositional disorder. In the experimental group, however the other ten students from the control group are waiting for intervention for ethical reasons.

Índice General

Portada.....	i
Formulario de inscripción.....	ii
Dedicatoria.....	iii
Agradecimiento.....	iv
Resumen / Summary.....	v
Introducción.....	1

Capítulo I Definición y Tipos de Conductas

1.1. Definición y tipos de conducta.....	3
1.1.2. Clasificación de la conducta antisocial.....	4
1.1.2.1. La conducta antisocial agresiva.....	5
1.1.2.2. La conducta antisocial furtiva.....	6
1.1.2.2.1. Diferencia entre la conducta social agresiva y la conducta social furtiva.....	7
1.1.2.2.2. Perspectiva de la conducta antisocial.....	7
1.1.2.2.3. La conducta social desde la perspectiva legal.....	7
1.1.2.2.4. La conducta antisocial desde la perspectiva psicopatológica.....	7
1.1.2.2.5. La conducta antisocial desde la perspectiva psicológica y los rasgos de la personalidad o dependencia de contexto.....	8
1.1.3. Definiciones del trastorno disocial.....	9
1.1.3.1 - Definición diagnostica del trastorno disocial.....	9

1.1.3.2. Definición de la APA, y el DSM –IV (1995), DSM –IV – TR (2002).....	10
1.1.3.3 Otros sistemas de diagnósticos.....	10
1.1.3. 4. Rasgo significativo del trastorno disocial.....	11
1.1.3.5. Clasificaciones del trastorno disocial asociado a los trastornos del comportamiento infantil... ..	12
1.1.3. 6. Tipos de trastorno disocial relacionado con la categorías de las conductas antisociales.....	13
1.1.3. 7. Tipos de trastorno disocial relacionado con la edad de inicio.....	15
1.1.3.8. Consideración para el diagnóstico del trastorno disocial.....	15
1.2. La conducta antisocial a lo largo del desarrollo.....	16
1. 2.1. La conducta antisocial ante de los dos años.....	16
1.2.2. Años preescolares (de los tres a los seis años de vida.....	18
1.2. 3. Años escolares (de los 6 a 7 años).....	19
1.2.4. Adolescentes.....	19
1.2.4.1. Inicio y curso del trastorno disocial	20
1.2.4.1.2. Características de los niños, niñas y adolescente con trastorno disocial.....	22
1.2.4.1. 3. Relaciones sociales.....	22
1.2.4.1.4. Problemas académicos.....	23
1.2.4.1.5. El rechazo social y el fracaso académico como factores asociados con la delincuencia juvenil.... ..	24
1.2.4.1.6. Características emocionales y de personalidad.....	24

1.2.4.1.7. Otros rasgos emocionales.....	25
1.2.5. Trastornos disocial y psicopatía.....	26
1.2.5.1. –Influencia biológicas, factores biográficos y déficit en el Desarrollo.....	27
1.2.5.1.1. Influencia biológica.....	28
1.2. 5.1.2. Factores biográficos.....	27
1.2. 5.1.3. Condiciones en el embarazo y el parto.....	29
1.2. 5.1.4. Temperamento difícil en la infancia primera.....	29
1.2.5.1.5. Establecimiento de un vínculo inseguro y malos tratos.....	30
1.2.6. Las característica del contexto familiar relacionadas con la conducta antisocial Infantil y Adolescente.....	31
1.2.6.1. – Alto número de hijos y juventud de la madre.....	31
1.2.6.2. – Factores del funcionamiento familiar.....	32
1.2.6.2.1. Pautas de Crianzas.....	34
1.2.6.2.2. Disciplina severa.....	35
1.2.6.2.3. Falta de supervisión.....	36
1.2.6.2.4. Inconsistencia en la aplicación de disciplina.....	36
1.2.6.3. La teoría de la coerción de Patterson.....	37
1.2.6.4. La teoría de personalidad de Eysenck(1977).....	39
1.2. 6.4.1. La teoría bifactorial de la personalidad de Eyesenck.....	39
1.2.6.6. El modelo biosocial y la hipótesis del “empujón social” de Raine.....	41

1.2.6.7. Factores neurológicos.....	42
1.2.6.8. Característica neuropsicológica.....	43
1.2.7. Influencia Sociales y Culturales En El Trastorno Disocial.....	43
1.2.7.1. La vecindad y los grupos de pares.....	44
1.2.7.2 Los medios masivos de comunicación y la agresividad.....	44
1.2.7.3. La teoría sociológica sobre la delincuencia y violencia.....	45
1.2.7.4. Teoría psicoanalítica y la agresión.....	46

Capítulo II Ira Hostilidad y Agresión

2.0.-El síndrome de la ira – hostilidad

Agresión.....	48
2.1. – Definición de ira.....	49
2.1.1. El componente subjetivo o experiencia de ira.....	49
2. 1.2. Hostilidad.....	50
2 .1. 3. La Agresión.....	51

Capítulo III La Psicoterapia Cognitiva Conductual

3. Psicoterapia Cognitiva-

Conductual.	53
3.1. ¿Qué es la psicoterapia cognitiva conductual?.....	54
3.1.1. Psicoterapia cognitiva desde la perspectiva de Aaron Beck.....	54

3.1.2. Diferencia entre el modelo de terapia cognitiva y el modelo de la psicología Cognitiva.....	55
3.1.3. Tipos de psicoterapias cognitivas.....	56
3.1.4. Aspectos sobre las técnicas de manejo de la ira.....	58
3.1. 5. Modelo de intervención cognitivo conductual para niños y adolescente con trastorno de conducta disocial.....	60
3.1.6. Entrenamiento en habilidades de solución de problemas.....	61
3.1.7. Entrenamiento en habilidades sociales.....	63
3.1.8. Entrenamiento en control de la ira o en autocontrol emocional.....	64

Capítulo IV Metodología

4. Metodología.....	67
4.1. Planteamiento del problema.....	67
4.2. Justificación.....	67
4.3. –Preguntas de investigación	69
4.4. – Objetivos Generales.....	69
4.5. – Objetivos Específico.....	69
4.6.Hipótesis.....	69
4.6.1. - Hipótesis de investigación.....	70
4.6.1.1.- Hipótesis Estadísticas.....	70
Hipótesis estadística N°1	70
Hipótesis estadística N°2.....	70

4.7. Diseño de la investigación	71
4.8. Definición conceptual de la variable independiente: psicoterapia cognitiva conductual.....	71
4.8.1.3. Definición operacional de las sesiones y los objetivos de psicoterapia cognitiva conductual.....	73
4.9. Definición conceptual de la variable dependiente: La ira.....	73
4.9.2. Definición Operacional.....	73
4.9.3 Población y muestra	74
4.9.3.1. Población (Universo de Estudios).....	74
4.9.3.1.1. Muestra:.....	74
4.9.4. Criterios de inclusión.....	74
4.9.5. Criterios de exclusión.....	75
4.9.6. Instrumento y técnica de medición.....	75
4.9.7. – métodos de intervención.....	76
Sesión# 1.....	77
Sesión # 2.....	80
Sesión# 3.....	82
La sesión # 4.....	83
Sesión # 5.....	83
Sesión#6.....	84
Sesión #7.....	85
Sesión # 8, 9, 10.....	86

4.9.8. Procedimiento estadístico.....	89
4.9.9. Método para el control y efectividad de los datos.....	89
4.9.9.1 Algunas consideraciones éticas que se emplearon en la investigación.....	90

Capítulo V Resultados

5.1. Datos demográficos.....	91
5.2. Discusión de los resultados.....	92
Conclusiones.....	95
Recomendaciones.....	98
Bibliografía.....	99

Índice de Tablas

Análisis de los resultados del instrumento de medición de Expresión de Ira STAXI – NA (Vindel - Spielbreger 2001).....	103
Tabla No.1: Análisis de los resultados de la aplicación del cuestionario de expresión de ira STAXIS –NA pre y pos pruebas del grupo experimental antes y después de la intervención de la psicoterapia cognitiva conductual.....	104
Tabla No.2: Análisis de los resultados de la aplicación del cuestionario de expresión de ira STAXIS – NA pre y pos pruebas del grupo control (en espera del tratamiento).....	104
Tabla No. 3: Hipótesis estadística No 1 del grupo experimental.....	105
Tabla No. 3.1: Resultados de la prueba estadística t-student, para muestras emparejadas del grupo experimental.....	106
Interpretación.....	106

Hipótesis estadística N°2.....	107
Tabla No. 4.1: Resultados de la prueba estadística t-student, para muestras emparejadas del grupo control (En espera del tratamiento)	107
Interpretación.....	108
Hipótesis estadística N°3.....	109
Tabla No. 5.1: Resultados de la prueba estadística t-student, para muestras independientes, suponiendo varianza iguales	110
Interpretación.....	110

Índice de Tablas y Graficas

Resultados gráficos de la prueba de hipótesis	111
Grupo experimental.....	111
Graficos No. 1: Nivel de control y expresión de la ira del grupo experimental antes y después del tratamiento cognitivo conductual.....	111
Grupo control.....	112
Gráfico No. 2: Nivel de Control y expresión de la ira del grupo control antes y después del tratamiento cognitivo –conductual.....	112
Pos prueba del grupo control y experimental.....	112
Gráfico No. 3: Niveles cetiles por estudiantes de control y expresión de la ira del grupo control y grupo .experimental.....	113
Historias de casos.....	113
Grupo experimental.....	113
Sujeto 1.....	113

Tabla No. 1: Análisis del sujeto 1: Del inventario de la expresión de la ira estado Rasgo, STAXI –NA del sujeto NM, antes y después de la intervención de la terapia cognitiva conductual.....	116
Grafico No. 1: Puntuación del STAXI –NA del sujeto 1 del grupo experimental.....	116
Sujeto 2.....	117
Tabla No. 2: Análisis del sujeto 2: Del inventario de la expresión de la ira Estado Rasgo,STAXI –NA del sujeto PA, antes y después de la intervención de la terapia cognitiva conductual	117
Grafico No. 2: Puntuación del STAXI –NA del sujeto 2 del grupo experimental....	120
Sujeto 3.....	121
Tabla No. 3. Análisis del sujeto 3: Del inventario de la expresión de la ira Estado -Rasgo, STAXI –NA del sujeto TD, antes y después de la intervención de la terapia cognitiva conductal.....	121
Grafico No. 3: Puntuación del STAXI –NA del sujeto 3 del grupo experimental.....	124
Sujeto 4.....	125
Tabla No. 4: Análisis del sujeto 4: Del Inventario de la expresión de la ira Estado -Rasgo, STAXI -NA del sujeto OM, antes y después de la intervención de la terapia cognitiva conductal.....	125
Grafico No. 4: Puntuación del STAXI –NA del sujeto 4 del grupo experimenta.....	128
Sujeto 5.....	129

Tabla No. 5: Análisis del sujeto 5: Del Inventario de la expresión de la ira Estado -Rasgo, STAXI –NA del sujeto LT, antes y después de la intervención de terapia cognitiva conductual.....	131
Grafico No. 5: Puntuación del STAXI –NA del sujeto 5 del grupo experimental.....	131
Sujeto 6..	132
Tabla No. 6: Análisis del sujeto 6: Del Inventario de la expresión de la ira Estado Rasgo, STAXI –N del sujeto QL, antes y después de intervención de la terapia cognitiva conductual.....	132
Grafico No. 6: Puntuación del STAXI –NA del sujeto 6 del grupo experimental.....	135
Sujeto 7.....	136
Tabla No.7: Análisis del sujeto 6: Del Inventario de la expresión de la ira Estado -Rasgo, STAXI –NA del sujeto SM, antes y después de intervención de la terapia cognitiva conductual.....	136
Grafico No. 7: Puntuación del STAXI –NA del sujeto 7 del grupo experimental.....	138
Sujeto 8.....	139
Tabla No. 8: Análisis del sujeto 8: Del Inventario de la expresión de la ira Estado Rasgo, STAXI –NA del sujeto GZ, antes y después de la intervención de la terapia cognitiva conductual.....	139
Grafico No. 8: Puntuación del STAXI –NA del sujeto 8 del grupo experimental.....	142
Sujeto 9.....	143
Tabla No. 9: Análisis del sujeto 9: Del inventario de la expresión de la ira Estado Rasgo, STAXI –NA del sujeto OP, antes y después de intervención de la terapia cognitiva conductual.....	143

Grafico No. 9: Puntuación del STAXI –NA del sujeto 9 del grupo experimental.....	146
Sujeto 10.....	147
Tabla No. 10: Análisis del sujeto 10 Del Inventario de la expresión de la ira Estado Rasgo, STAXI –NA del sujeto UL, antes y después de intervención de la terapia cognitiva conductual.....	147
Grafico No. 10: Puntuación del STAXI –NA del sujeto 10 del grupo experimental.....	149

Índice de Anexo

Anexo No. 1: Contrato de consentimiento informado.....151

Anexo No 2: Escala STAXI –NA – Para medir niveles de ira niños y prepúbers...152

Introducción

La ira es un estado emocional de intensidad variable, desde una ligera irritación hasta una furia violenta. Al igual que otras emociones, se acompaña de cambios corporales, como un aumento de los niveles de adrenalina y la aceleración de los latidos del corazón. Algunas personas son capaces de expresar su ira de forma controlada y constructiva, mientras que otras “explotan” de modo agresivo e incontrolado, bien sea de inmediato o tras la acumulación de muchos sentimientos (Cesar Armando Rey Anacona –Trastorno Disocial, pag. 25) (2010).

Los progresos tecnológicos han permitido el mejoramiento de la calidad de vida y la continuación de la expectativa de vida. En la población mundial el número de crímenes y violencia han ido en aumento de manera alarmante en la mayoría de países desarrollado del primer mundo y en desarrollo. La pérdida de valores sociales, la sociedad consumista, el desempleo la pobreza, la discriminación social y la desintegración familiar han sido propicias para el aumento en la cifra de niños, jóvenes y adultos implicados en actos que atentan contra la ley y los derechos de las personas.

El primer informe sobre la violencia y la salud de la Organización Mundial de Salud (Krug, Dahlberg. Mercy Zwi & Lozano 2003, señala que no se puede comentar de condiciones sanitarias favorable si en un barrio, una escuela, una comunidad o una población en particular, existen circunstancia que favorecen acciones antisociales.

Cada día los medios de comunicación en Panamá informan de los aumentos de cifras de homicidio. En este año 2012, según informes suministrado por el ministro de Seguridad, José Raúl Mulino a los medios de comunicación (La Crítica del martes 15 de mayo 2012), este año se contabilizaron 263 homicidios, mientras que 254 el año pasado.

Si bien la conducta agresiva está presente en nuestra naturaleza humana como mecanismo de defensa contra las agresiones de otros individuos, la historia y la ciencia nos han demostrado que podemos aprender a manejar la ira, la frustración y satisfacer nuestro deseos y necesidades sin atentar contra la vida y los derechos de otras personas.

Frick (2001) ha señalado en este sentido, que los individuos con trastornos disocial “principalmente impulso” se caracterizan por una tendencia a reaccionar con ira ante situaciones de gran excitación emocional, ya que no sólo tienen una gran susceptibilidad ante ese tipo de situaciones, sino que presentan déficits en el manejo de la ira.

En el capítulo I, se abordan los temas sobre definición y tipos de conductas antisociales, clasificación de las conductas antisociales, la conducta antisocial agresiva, la conducta antisocial furtiva, diferencia entre conducta antisocial agresiva y la conducta antisocial furtiva, perspectiva de la conducta antisocial, la conducta antisocial desde la perspectiva legal, la conducta antisocial desde la perspectiva psicopatológica, la conducta antisocial desde la perspectiva psicológica y los rasgos de la personalidad o dependencia de contexto, definición del trastorno disocial, definición diagnóstica del trastorno disocial, definición de la APA, y el DSM –IV (1995), DSM –IV –TR(2002). En el capítulo II **El síndrome De la Ira , Hostilidad , Agresión, Definición de Ira**, el componente subjetivo o experiencia de Ira, **la hostilidad, la agresión**; capítulo III terapia cognitiva-conductual, ¿Qué es la Terapia cognitiva conductual? , terapia cognitiva desde la perspectiva de Aaron Beck, |Diferencia entre el modelo de terapia cognitiva y el modelo de la psicología cognitiva, tipos de terapias cognitivas, aspectos sobre las técnicas de manejo de la Ira, modelo de intervención cognitivo conductual para niños y adolescentes con trastorno de conducta Disocial, Entrenamiento en habilidades de solución de problemas, entrenamiento en habilidades sociales, entrenamiento en control de la ira o en autocontrol emocional; capítulo IV metodología, planteamiento del problema, justificación, preguntas de investigación, objetivo General, objetivos específicos, hipótesis de investigación; Capítulo V análisis de los resultados, donde se explica los resultados del estudio, gráficos y conceptualización de caso, tanto del grupo experimental como de grupo control.

Capítulo I

Definición y Tipos de Conductas

1. Definición y tipos de conducta antisocial

1.1. Definición de conducta antisocial

Por conducta antisocial se puede entender aquella que ocasiona algún tipo de daño o dolor en otra persona (afectando, por tanto, sus derechos fundamentales) y que se realiza a sabiendas de que puede producir estos efectos (Cesar Armado Rey Anacona - Trastorno disocial pag. 35)

En general se puede hablar de daño cuando la acción en cuestión perjudica, ya sea directa o indirecta a la persona receptora de dicha acción. Así, se puede hablar de daño a la integridad física, cuando la acción considerada antisocial ocasiona una herida externa o interna o produce una enfermedad. También puede hablarse de daño a la integridad emocional, cuando la acción como tal produce secuelas emocionales, tales como temores, pesadilla, síntomas depresivos. Así mismo, podría hablarse de daño indirecto, cuando una acción no afecta directamente la integridad física o emocional de la víctima, pero si otros aspectos de su bienestar, como a su propia familia, su trabajo o su bienes personales. Todos estos tipos de daños tienen en común el hecho de que generan algún tipo de perjuicio (como cuando una acción genera un daño físico en una persona y ésta exhibe secuelas emocionales por la misma acción).

Algo similar se puede plantear en relación con el concepto de dolor. Una acción puede generar dolor debido a que estimula los órganos receptores del cuerpo que producen dicha sensación, pero también podría haber otras acciones que generan sentimientos negativos como desagrado, tristeza y temor, pero que no implica un contacto corporal directo, como las humillaciones, la denigración, las amenazas y las intimidaciones. Estas acciones también podrían considerarse antisociales si se sigue con la definición brindada al inicio.

El conocimiento previo del daño o dolor que el individuo podría ocasionar a través de la ejecución de la acción se considera antisocial.

Esto significa que la persona que lleva una conducta antisocial sabe, que a través de ella puede generar algún tipo de efecto perjudicial o dolor sobre otras personas, pero aquellos actos que si bien no guardan la intencionalidad de ejercer un daño directo e inmediato sobre otras personas, entran en conocimiento previo de la generación de algún tipo de perjuicio sobre las mismas. Es el caso del hurto sin enfrentamiento con la víctima, en donde el individuo que lo lleva a cabo no hiere directamente a la víctima pero sabe que su acción la puede perjudicar económicamente, y ejecuta dicha acción, a pesar de ello también se considera antisocial.

1.1.2. – Clasificación de la conducta antisocial

La anterior definición de conducta antisocial, permite que sea clasificada de diferentes maneras.

Una primera forma de clasificar la conducta antisocial es tomar como criterio la intencionalidad, en sentido de que la conducta en cuestión se realice con el propósito de ocasionar un daño o dolor a otra persona o que pueda generarlo. Este criterio permite dividir la conducta antisocial en dos tipos fundamentales: la agresión y la conducta furtiva.

Otra forma de calificarla es juzgar la conducta en cuestión del rompimiento de alguna ley, lo cual permite dividirla en “delincuente y no delincuente”.

En la conducta agresiva, tiene la intención de ocasionar un daño o algún tipo de dolor sobre su víctima, según Bus (1969), esta puede dividirse en física y verbal e indirecta y directa y en activa y pasiva. En la agresión física se intenta perjudicar la integridad física de la víctima y la verbal ocasiona un efecto emocional negativo por medio de actos verbal (groserías, humillaciones, etc.). Es directa cuando se dirige a la persona de la víctima, es indirecta cuando afecta aspectos como sus bienes materiales o sus familiares, y activa cuando la acción genera directamente daño o dolor en la víctima, ejemplo: una persona deja de avisarle a otra sobre un peligro inminente, con el fin que sufra o se haga daño.

1.1.2.1 – La conducta antisocial agresiva

Existen otras clasificaciones, de acuerdo a Berkowitz (1996): la reactiva, consiste en una respuesta instintiva de liberación de estímulos aversivos, ejemplo: una persona golpea a otra para infligirle algún tipo de dolor, la instrumental, consiste en generar la acción agresiva buscando la consecuencia de un objetivo premeditado, ejemplo: una persona golpea a otro con el fin de robarle.

Mathias y sus colegas (2007) la dividen en dos tipos de conductas agresivas: a) La agresión impulsiva, también llamada reactiva, afectiva o no planeada y b) la agresión premeditada, o proactiva, instrumental, predatoria o controlada.

Estos autores definen la primera como arranque o arrebatos agresivos, espontáneos, no proporcional relacionado al evento que lo provoca, mientras que el segundo es una agresión controlada u orientada hacia una meta. El concepto de agresión, se homologa usualmente con violencia. Krug y sus colegas (2003), definen violencia empleado dos de los elementos citados por otros autores que definieron el concepto agresión refiriéndose a daño (o potencial de daño) e intencionalidad.

De acuerdo con la definición anterior, no existe diferencia entre lo que se considera agresión y violencia. Por lo contrario Berkowitz(1996) la diferencia existente entre agresión y violencia radicaría en un asunto de grado, definiendo agresión como “Cualquiera forma de conducta que pretende herir física o psicológicamente a alguien” (p25) y violencia es como una “forma extrema de agresión, un intento premeditado de causar daño físico grave” (p.33).

Archer y Browne (1989) por su parte, consideran que la conducta violenta es aquella que involucra tres componentes: a) un afecto: la ira, b) un propósito: generar daño sobre otra persona y c) una característica: ser dañina, es decir la capacidad de producirle daño sobre otra persona. De acuerdo a esta definición, la diferencia entre agresión y violencia radica en que mientras la acción violenta se produce motivada por sentimiento de ira, la agresión se ejecutaría independientemente de dicha emoción, ejemplo: cuando un ladrón golpea a su víctima para robarle, pero no lo

hace motivado por el sentimiento de ira. Sin embargo, es importante tener en cuenta que existen actos muy graves que no involucran necesariamente el componente de la ira, como los asesinatos a sueldo, pero por su seriedad se considerarían “violentos”. Por ello, la diferencia más válida parece ser la seriedad de los daños ejercidos, más que la presencia o no de la ira.

Desde el punto de vista de la etiología, el término agresividad se refiere a una serie de conductas ejercida por los animales con diferentes propósitos instintivos, como defender un territorio, luchar por una pareja sexual o reafirmar una jerarquía. Sin embargo el concepto de violencia, hace referencia a los actos agresivos que trascienden la supervivencia.

De esta forma, la violencia se podría utilizar para calificar un sinnúmero de actos irracionales no justificados cometidos por los seres humanos, como el homicidio a sangre fría y la destrucción no justificada de la propiedad privada.

1.1.2.2. - La conducta antisocial furtiva

La conducta antisocial furtiva es toda acción que no tiene como propósito afectar a otra persona, pero se realiza a sabiendas de que podría hacerlo y a escondida de dicha personas.

Por lo común este tipo de conducta antisocial infringe normas sociales del grupo de referencia del individuo e incluye acciones como escaparse de la casa de la escuela, faltar al colegio sin excusa y sin previo consentimiento de los padres, entrar a sitios prohibidos para su edad, (cines porno, prostíbulos, bares, casinos, etc.), falsificar firma de adultos (padres, profesores), hacer grafitis en lugares prohibidos, decir mentira. También se puede categorizar la conducta antisocial como “delincuente”, si quebranta las leyes de un estado o país, en cuyo caso, tanto los actos agresivos como los furtivos podrían considerarse como tal. Por lo común se consideran conductas delinquentes o delictivas intimidar a otro con un arma para robarlos, retener a alguien en contra de su voluntad buscando beneficio económico, robar cosa en un establecimiento comercial, forzar a alguien a tener relaciones sexuales, participar en homicidio, entre otros.

1.1.2.2.1 - Diferencias entre la conducta antisocial agresiva y la conducta antisocial furtiva

Los individuos que presentan conductas antisociales de tipo agresivo pueden presentar diferencias en su personalidad con respecto a aquellos que llevan a cabo actos de tipos furtivos.

Burt y Donnellan (2008) Con el fin de examinar los rasgos que podían predecir la conducta agresiva y la conducta de rompimiento de reglas, encontraron que la conducta agresiva se relacionaba con una reactividad ante el estrés, mientras que la conducta furtiva estaba relacionada con la conducta de rompimiento de normas con un bajo autocontrol.

1.1. 2. 2. 2. Perspectiva de la conducta antisocial

Una vez definida la conducta antisocial y su posible clasificación, conviene ahora revisar alguna perspectiva sobre la misma, en particular, la legal, la psicopatológica, y la psicológica.

1.1. 2. 2.3. La conducta antisocial desde la perspectiva legal

Desde esta perspectiva, se considera la conducta antisocial, aquella que socialmente puede ser sancionable, a la luz de los códigos legales, penales que buscan proteger los derechos, la integridad y las buenas costumbres de los miembros de una sociedad. Las sanciones para conductas legalmente punibles generalmente varían en intensidad de acuerdo con la seriedad de la misma y obedecen, por lo común, a una concertación social que delimita qué conductas son indeseables y qué tipo de sanciones ameritan. Debido a que la conducta legalmente punible se contempla en los códigos penales, y tienen potencial para generar algún tipo de dolor o daño físico, psicológico, moral o de otra índole, sobre las personas. La perspectiva legal generalmente se ciñe a la definición de conducta antisocial.

1.1.2.2.4. La conducta antisocial desde la perspectiva psicopatológica

Desde la perspectiva psicopatológica, la conducta antisocial es considerada como un síntoma relacionado a una enfermedad o trastorno mental. Dentro de ámbito de la psiquiatría tradicional se ha desarrollado en ese sentido, dos entidades nosológicas cuyo síntoma principal es la conducta antisocial y el trastorno disocial, el cual se diagnostica en la infancia o la adolescencia y el trastorno antisocial de la personalidad, que se diagnostica a partir de los dieciocho años de edad.

Ambos trastorno tienen en común la comisión reiterada de actos al margen de las normas y en contra de los derechos de los demás.

Al igual que las enfermedades “físicas”, desde este punto de vista se considera que el origen de la conducta antisocial reside en un mal funcionamiento interno de alguna naturaleza, por lo que se apoya en estudios que han encontrado difusiones a nivel neurológico, neuropsicológico, neurobiológico en individuos con trastornos disocial y otra forma de conductas antisocial. Uno de los principales inconvenientes de este enfoque es el estigma que puede generar el diagnóstico de una enfermedad mental.

Entre la gente común el concepto de enfermedad mental generalmente es negativo, no es raro que su diagnóstico genere rechazos y una imagen negativa de las personas que lo rodean.

El rechazo de los factores ambientales que favorecieron el desarrollo del trastorno es otra de las principales desventaja de esta perspectiva. Al asumir la conducta antisocial como un síntoma de una enfermedad, este enfoque sostiene que su origen está dentro del mismo individuo, y puede pasar por alto el papel que cumple el entorno que rodea al individuo.

1.1.2.2.5. La conducta antisocial desde la perspectiva psicológica y los rasgos de la personalidad o dependencia de contexto

Calificamos a una persona como “agresiva” cuando la vemos llevar a cabo conductas de esa naturaleza en diferentes momento y ante diferentes personas

y situaciones, algo similar a lo que ocurre cuando se califica a una persona como “pacífica”, debido a que se muestra de esa manera en diferentes momentos y ante distintas personas y situaciones. No obstante, la experiencia demuestra que tanto la agresión como otras formas de conductas antisociales pueden manifestarse de diferentes maneras y su expresión depende de la situación particular. Así, que las personas considerada “agresiva” no siempre lo son, ni siquiera en situaciones parecidas y la persona vista como “pacífica” no siempre exhiben esa característica.

La consideración de la conducta antisocial como un rasgo estable del comportamiento de un individuo, subyace al punto de vista de dicha conducta como una característica de personalidad. La perspectiva contraria a este punto de vista plantea que la conducta antisocial obedece más al contexto particular y que el individuo ejecuta la misma conducta, o una similar, en otro contexto si dicha conducta tiene la misma consecuencia que en contexto anterior. De acuerdo a este último punto de vista, la ejecución de un acto antisocial en un momento dado no obedece tanto a un rasgo, como consecuencia que éste recibió por su ejecución en situaciones anteriores, o a que no posee dentro de su repertorio otras conductas alternativas a la antisocial. Así, desde esta perspectiva la conducta antisocial es el fruto de la historia de aprendizaje del individuo, resultante a su vez de las condiciones única, tanto ambiental como biológica, a las cuales éste ha estado expuesto. Ello permite comprender que la conducta antisocial puede constituirse en un patrón de comportamiento si las circunstancias lo favorecen y que este patrón se puede modificar si se dan las condiciones adecuadas.

1.1.3. –Definiciones de Trastorno Disocial

A la luz de la definición de la conducta antisocial que hemos realizado y de las consideraciones realizadas al respecto, podemos definir el trastorno disocial como un patrón de interacción con el entorno social que se desarrolla generalmente, en la infancia y la adolescencia y que se caracteriza por la comisión reiterada de actos considerados antisociales debido a que ocasiona perjuicio sobre otras personas. El término patrón implica que la comisión de estos actos es constante y forman parte de la dinámica comportamental del individuo, aunque también implica

que este patrón responde a unas circunstancias que han permitido que éste sea adaptativo para él mismo.

1.1.3.1 - Definición diagnóstica del trastorno disocial

Como se dijo anteriormente, el trastorno disocial en realidad es una categoría nosológica que tiene su origen en la psiquiatría y que forma parte de la categoría diagnósticas que se han desarrollado para rotular varios problemas de comportamiento que aparecen comúnmente en la infancia y la adolescencia, tales como la hiperactividad, el negativismo, la enuresis, la encopresis y la psicosis infantil.

Antes de los ochentas, las definiciones diagnóstica del trastorno disocial (conocida anteriormente como trastorno de conducta y actualmente como desorden de conducta), sólo involucraba los problemas en el entorno social del niño, pero no contemplaba la conductas furtivas o las realizadas en grupos pequeños, tales como escaparse del colegio o allanar una propiedad privada.

1.1.3.2. Definición de la APA, y el DSM –IV (1995), DSM –IV – TR (2002),

Define el trastorno como un desorden que generalmente aparece en la infancia o la adolescencia que se caracteriza por patrón repetitivo y persistente de comportamientos que tienen en común la violación de las normas sociales del grupo de referencia o violación de los derechos fundamental de los demás, ocasionando un daño significativo en el ambiente educativo, laboral o social del individuo. **La APA** (Asociación Psicológica Americana) considera que por los menos tres de estos comportamientos deben haberse presentado en los últimos doce meses o uno en los en los último seis meses, y no deben ser el fruto de circunstancias situacionales (por ejemplo perdida de un familiar).

1.1.3.3 Otros sistemas de diagnósticos

Fundamentan en los síntomas observados a nivel clínico, es el presentado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la cual, en la décima versión de su Clasificación Internacional de las Enfermedades, (CIE -10) (OMS, 1992) define el trastorno de manera similar a la Asociación Psicológica Americana (APA) (1995; 2002).

Para la OMS, los “trastornos disociales se caracterizan por una forma persistente reiterada del comportamiento disocial, antisocial, agresivo o desafiante, se trata de una desviación más grave, que una simple “maldad infantil o rebeldía de adolescente” (p.335). Los tipos de comportamiento que permiten realizar el diagnóstico de este trastorno son, de acuerdo con la OMS: grados excesivos de peleas, o intimidaciones, crueldad hacia otras personas o animales, destrucción de la propiedades privadas, incendios, robos, mentiras reiteradas, faltas a la escuela y fugas del hogar, rabietas frecuentes y graves, provocaciones, desafío, y desobediencias graves y persistentes.

1.1.3. 4. Rasgo significativo del Trastorno disocial

Es, según el **DSM-IV**, "un patrón de conducta persistente en el que se transgreden los derechos básicos de los demás y las principales normas sociales propias de la edad". El trastorno causa además un deterioro del funcionamiento a nivel social, académico y ocupacional, clínicamente significativo. En los niños/as diagnosticados con este trastorno: frecuentemente intimidan o acosan a otros, suelen iniciar peleas físicas, han usado algún arma que puede causar un daño físico a otros, han sido crueles físicamente con animales o con personas, han afrontado y robado a una víctima, han causado fuego con la intención de causar un daño serio, frecuentemente mienten para conseguir favores o evitar obligaciones, huyen de su hogar durante la noche.

La simple aparición de estas conductas no es, un criterio suficiente para la emisión del diagnóstico, ha de existir un deterioro significativo en el ajuste del individuo, y se ha de considerar el entorno en el que se dan estas conductas.

1.1.3.5. Clasificaciones del Trastorno Disocial asociado a los Trastornos del Comportamiento infantil

1.1.3.5.1. Trastorno disocial externalizante

El trastorno disocial se puede considerar un trastorno “externalizante”, si se sigue la clasificación de los trastornos del comportamiento infantil realizado por Achenbach y Edelbrock (1989). Estos autores encontraron la característica principal de los síndromes externalizantes era que sus síntomas se manifiestan de forma acusada hacia el exterior, es decir, en el entorno que rodea al individuo, como es el caso de la destructividad, la disrupción continua y los actos delictivos.

Evidentemente, este tipo de síndrome afecta seriamente el entorno social del individuo, por lo que seguramente generan un alto número de consulta en los centros especializados.

Junto con el trastorno disocial, se podrían considerar como los externalizantes los otros trastornos “por déficit de atención y comportamiento perturbador” que presenta la Asociación Psicológica Americana (APA) (2002)”, es decir, el trastorno por déficit de atención con hiperactividad y el trastorno negativista desafiante, ya que sus conductas características se proyectan hacia el entorno del individuo. Por ejemplo, el principal síntomas del trastorno por déficit de atención con hiperactividad es, un patrón persistente de desatención y / o hiperactividad –impulsividad, que es más frecuente y grave y que es observado habitualmente en sujetos de un nivel de desarrollo similar” (p. 97), mientras que el del trastorno negativista es “un patrón recurrente de comportamiento negativista, desafiante, desobediente y hostil, dirigido a las figuras de autoridad (p. 115).

1.1.3.5.2. Los trastornos disocial internalizante

Los trastornos “ internalizantes, por su parte, no son tan evidentes para los demás ya que sus síntomas se dirigen hacia el interior del individuo, en sentido de que afectan más directamente a dicho individuo que a las personas de su entorno. Es el caso de la depresión y las fobias infantiles.

Los trastornos “mixtos” por otro lado, son aquellos que muestran síntomas de dos tipos, de acuerdo con la clasificación hecha Achenbach y Edelbrock y dentro de ellos se puede ubicar, según estos autores, los problemas sexuales y el retraimiento social.

1.1.3. 6. Tipos de trastorno disocial relacionado con la categorías de las conductas antisociales

El trastorno disocial o desorden de conducta como tal, también ha recibido algunas distinciones que obedecen a determinar criterios. Un primer criterio es el tipo de conductas que configuran el patrón de comportamiento antisocial.

De acuerdo con este criterio, éste se puede dividir en dos tipos fundamentales: el socializado y el infrasocializado agresivo. Esta clasificación se basa en dos tipos de conducta antisocial propuestos inicialmente por Hewitt y Jenkins (1946): **“la reacción delincuente socializada”** y la **“infrasocializada agresiva”**. La primera corresponde a los actos antisociales que clasificamos anteriormente como “furtivos” “delincuentes” y que tienden a realizarse generalmente en compañía de otros (en padilla), e inclusive actos tales como escapar de la escuela, robar objetos sin enfrentamiento con la víctima o allanar un lugar. Siguiendo las clasificaciones de los actos antisociales propios del trastorno disocial que presenta el DSM –IV (1995) y en el DSM –IV –TR (2002), este tipo de conductas antisocial correspondería con la categoría de “destrucción de la propiedad”, “fraudulencia o robo” y de violación grave de normas”

Los actos del desorden de conducta infrasocializado agresivo, por su parte, corresponden a la categoría de agresión que delineamos previamente y, en ese sentido, pueden observarse en la categoría de “agresión a personas o animales”, presentada por la APA (1995; 2002). Este tipo de actos tiende a cometerse solitariamente y los niños y adolescentes que lo presentan generalmente tienen malas relaciones con sus pares y adultos (APA, 2002), KAZDIN (1988) señala, en ese sentido que los niños que presentan este tipo de desorden de conducta no son

muy populares, ya que son fastidiosos con los demás, se involucran en peleas constantemente y tienden a hacer daños intencionalmente.

La distinción entre desorden de conducta infrasocializado y el desorden de conducta socializado fue utilizada por APA (1988) en la tercera versión revisada de su manual diagnóstico (DSM – III –R), en la cual dividió el desorden de conducta en tres tipos: a) tipo agresivo solitario, el cual corresponde al desorden de conducta infrasocializado y cuyas síntomas predominantes comprenden conductas agresivas físicas dirigidas generalmente a padres y adultos e iniciadas por el mismo sujeto.

b) tipo grupal, el cual equivale al desorden de conducta socializada y su sintomatología fundamental comprende problemas de conducta que se dan principalmente en la vida de grupo con los pares, pudiendo presentarse o no conducta de agresión física; y c) tipo indiferenciado que incluye síntomas de los dos tipos anteriores, por lo que no puede ser clasificado en ninguno de éstos.

Algo similar hizo la OMS (1992), al clasificar el desorden de conducta en trastorno disocial en niños no socializados (infrasocializado) y trastorno disocial en niños socializados, aunque también clasificó el desorden en mención en trastorno disocial limitado al contexto familiar y trastorno disocial desafiante y oposicionista (esta última categoría es considerada por la APA en el DSM IV como otro trastorno del comportamiento infantil: negativista desafiante).

Otras clasificaciones que obedece a los tipos de conducta antisocial presentado, es la ofrecida por Loeber , Lahey y Thomas (1991), para quienes el trastorno disocial puede dividirse en manifiesto, cuando los actos antisociales se realizan abiertamente , cobijando de esa manera la mayoría de conductas agresivas tales como las peleas y el robo a mano armada, y encubierto o furtivo, cuando tales actos se realizan a escondidas, como el engaño y el hurto sin enfrentamiento con la víctima. En realidad esta clasificación se parece mucho a la anterior, aunque Loeber, Lahey y Thomas consideran que se puede presentar un trastorno disocial mixto, el cual sería más grave que los dos anteriores, ya que involucraría actos tanto agresivo como furtivos.

1.1.3. 7. Tipos de trastorno disocial relacionado con la edad de inicio

Un segundo criterio para diferenciar el trastorno disocial que tiene que ver con su edad de inicio. De acuerdo con ese criterio, dicho desorden puede dividirse en **“de inicio precoz (o infantil)” y de inicio adolescente”**. Como ya se señaló es normal que el desorden de conducta agresiva tienda a presentarse en la niñez, mientras que el socializado tienda a hacerlo en la adolescencia.

Los estudios realizados con niños y adolescente que presentaron trastorno disocial, indica que el inicio infantil es más grave que el inicio en la adolescencia y tienden a caracterizarse por actos de agresividad propios del trastorno disocial infrasocializado, mientras que el último más asociado a conductas furtivas, propias del trastorno disocial socializado (Compas, Hinden & Gerhardt, 1995; Erick 2001; Gebhrt & Prins, 1997; Masi et al., 2006 y otros), lo cual es coherente con la clasificación realizada por Loeber, Lahey y Thomas (1991) y Patterson (1982).

Debido a sus diferencias en la edad de inicio, estos dos tipos de desorden de conducta deberían variar en cuanto a sus factores de riesgos, a su curso y a su pronóstico. Existen varios estudios que indican que el trastorno disocial de inicio infantil tiene un peor pronóstico que el socializado.

1.1.3.8. Consideración para el diagnóstico del Trastorno disocial

La realización de un conjunto de conductas consideradas antisociales, no es suficiente para el diagnosticar trastorno disocial, ya que estas conductas pueden obedecer a factores situaciones, la etapa de desarrollo del individuo y otros factores que se deben considerar (Doke & Flippo, 19986; 2005; Kazdin & Buela –Casal 1996; Shaffer &Steiner, y otros 2006).

Primer factor a revisar es la **frecuencia y cronicidad** de la conducta antisociales. Si estas conductas sólo se presentan una sola vez o se han presentado en contadas ocasiones, probablemente obedecen a circunstancia temporales y no ameritan la realización de un diagnóstico como los mencionados.

Sin embargo, si dichas conductas se han presentado de manera reiterada y persistente podrían representar un patrón de comportamiento propio del trastorno disocial (Hill, 2005; Renk, 2008).

Un segundo factor es la gravedad de dichas conductas. Muchas conductas antisociales son suficientemente serias como para considerar la presencia de un patrón de comportamiento antisocial, como un desorden de conducta (Hill, 2005; Kazdin, 1988).

El último factor tiene que ver con el ámbito sociocultural en que ha estado inmerso el niño, niña o adolescente. Un acto considerado antisocial por un grupo social, puede ser parte de las relaciones normales y cotidianas de los individuos en otro grupo social. De ahí que es importante tener en cuenta la procedencia étnica de los niños, niñas o adolescente y su familia.

1.2. La conducta antisocial a lo largo del desarrollo

Antes de abordar lo concerniente a la edad del inicio del trastorno disocial y la manera en que éste progrese con el tiempo, es necesario echar una mirada al curso de la conducta antisocial considerada “normal”, es decir, la que exhibe la mayoría de los niños y adolescentes a lo largo de su desarrollo. Como se dijo previamente, la conducta antisocial muestra facetas que pueden considerarse normales a lo largo del ciclo evolutivo. Por ello para valorar un comportamiento antisocial se deben tener en cuenta las manifestaciones normales de este tipo de conducta en cada estadio evolutivo. A continuación se expone cada una de estas manifestaciones, haciéndose énfasis en las diferencias según su género.

1. 2.1. La conducta antisocial ante de los dos años

La presencia de la conducta antisocial depende básicamente del desarrollo de habilidades para controlar las emociones y satisfacer las necesidades de forma socialmente adecuada, de manera que una vez un niño ha adquirido estas habilidades, el número de actos antisociales disminuye progresivamente. En un periodo tan temprano como es el comprendido entre el nacimiento y los dos años de

edad, es comprensible que los pequeños no tengan otra manera de reaccionar a la frustración y a las fuentes de irritación y restricción, que los arrebatos emocionales, tales como las rabietas y los berrinches propio de su edad.

De acuerdo con Loeber y Hay (1997), estos arrebatos emocionales se presentan de manera difusa en los primeros meses de vida, pero se van especializando en la medida que los bebés adquieren la capacidad de establecer relaciones causa –efecto. De ahí que, entre el segundo y tercer año de vida, cuando los bebés han aprendido a establecer plenamente relaciones de este tipo, estos arrebatos emocionales se convierten en pataletas que los bebés utilizan de cara al logro de diferentes objetivos (alimento, atención, etc.).

En este periodo de edad las diferencias entre niños y niñas no son muy marcadas.

Sin embargo, existe evidencia que indica que ambos sexo difieren en cuanto a la expresividad emocional y el autocontrol. De acuerdo con Loeber y Hay (1997) estas diferencias se manifiestan en la interacción con la madre y radica básicamente en el hecho de que los niños son más hábiles en su expresión de la ira y llaman más la atención de sus madre que las niñas.

La primera expresión de agresividad de los bebés (berrinches, las pataletas etc.), centradas en la satisfacción de necesidad, tienen su punto máximo al cumplirse los dos años de edad. A partir de ahí, el desarrollo del lenguaje y la cognición permite que los niños adquieran habilidades para lograr la satisfacción de esas necesidades de una forma socialmente deseable, por estas expresiones comienzan a disminuir hasta alcanzar niveles moderado en la edad escolar (Renk, 2008 Serrano, 1996).

El periodo comprendido entre el segundo y tercer año de vida conlleva una disminución progresiva de las manifestaciones de agresividad, ya que los niños y las niñas comienzan a reemplazar las pataletas por habilidades sociales básicas.

No obstante, es común que los niños entre los dos y medio y los tres y medios años de edad presenten actos de desobediencia hacia sus padres, lo cual se interpreta como intento por obtener una mayor independencia con respecto a éstos (Renk, 2008).

1.2.2. Años preescolares (de los tres a los seis años de vida)

A partir de los tres años de edad ya son más visibles las diferencias de género en cuanto a las manifestaciones de agresividad. De acuerdo con Berk(2000), varios estudios señalan que los niños se distinguen de las niñas en que muestran mayor número de agresión directas tanto tipo físico como verbal (sobre todo a otros niños), mientras que las niñas tienden a manifestar número mayor de agresiones indirectas, especialmente las agresiones de tipo “relacional”, es decir, aquellos que buscan dañar los vínculos de amistad por medio de actos como los chismes y la difamación.

(Pepler & Craig, 1995). Es posible que las expectativas de género conlleven a que las niñas se abstengan de mostrar actos de agresión física delante de los adultos, ya que esta forma de agresión es menos aceptable en las niñas que en los niños.

De acuerdo con Renk (2008), es frecuente que los niños en edad preescolar tengan dificultades para compartir con sus pares, respetar los turnos y considerar su punto de vista, ocasionando roces frecuentemente entre los mismos, lo cual se puede deber a que esa edad los niños y las niñas no han desarrollado suficientemente la capacidad de asumir el punto de vista de los demás y por tanto, su capacidad empática. En esta edad también son comunes las peleas entre los hermanos; algunos niños y niñas pueden mostrarse crueles con los animales y con otros niños especialmente con los niños más pequeños, si la crueldad se mantiene, puede predecir el desarrollo del trastorno disocial (Ascione 1993).

Si al final de este período un niño o una niña muestran dificultades para controlar sus impulsos agresivos, debido a que su entorno sociofamiliar no le ha

permitido aprender habilidades sociales y de autocontrol emocional, tiene alta probabilidad de desarrollar trastorno disocial (Loeber & Hay, 1997).

La APA (2002), por ejemplo, no solamente ha señalado que el trastorno disocial de inicio de la infancia tiene un pronóstico peor que el del inicio adolescente, ya que la mayoría de los individuos que lo presentan desarrollan el trastorno antisocial de la personalidad o trastornos por consumo de sustancia, también que este tipo de desorden de conducta es más frecuente entre varones y los individuos que los presentan por lo común realizan actos de violencia física contra pares y presentan malas relaciones con éstos.

1.2. 3. Años Escolares (de los 6 a 7 años)

Según Loeber y Hay (1997), en general, las interacciones entre los niños y la niñas de edad se caracterizan por disminución de la agresión y desarrollo cada vez mayor de habilidades sociales. No obstante, en el caso de los niños, aunque éstos comienzan a ser menos agresivo físicamente, continúan utilizando diferentes formas de agresión verbal, como groserías.

A lo largo de este periodo, los niños y niñas van mostrando todos los procesos propios de la socialización, tales como la camaradería y la formación de pandillas que por lo general son homogéneas en cuanto a sexo y edad. Esto obedece, siguiendo a Beck (2000), a que en esta edad los niños han dejado de lado el egocentrismo de los años preescolar, exhibiendo mayor capacidad de entender el punto de vista y las intenciones de los demás.

1.2.4. Adolescentes

Evidentemente las expectativas sociales de género y la maduración física y psicológica inciden sobre las manifestaciones de la conducta antisocial en esta etapa de la vida.

Por un lado, mientras las adolescencia abandonan cualquiera forma de violencia directa en los conflictos que se presenta con otras adolescentes, los chicos continúan caracterizados por el uso de la agresividad y otras formas de

confrontación directa en los conflictos interpersonales que se presentan con miembros de su mismo sexo. Debido al aumento en su fortaleza física y en su estatura, es frecuente que los muchachos también respondan con su agresividad a las agresiones de sus padres, profesores y otros adultos (Loeber & Hay, 1997).

Es mucho más probable que los adolescentes conformen grupos que se involucren en actos antisociales en su barrio y escuela que las adolescentes (Loeber & Hay, 1997).

De acuerdo Mosher y Tompkins (1988), esto se puede deber a que los muchachos son objetos de presiones de sus iguales que los incitan a involucrarse en situaciones riesgosa que pueden transgredir la ley, con el fin de mostrar su hombría.

1.2.4.1. Inicio y curso del trastorno Disocial

Una vista de los cambios que operan desde el nacimiento hasta la adolescencia en la población general, en lo concerniente a la conducta antisocial, podemos abordar lo referente al inicio del trastorno disocial.

Este patrón de comportamiento normalmente se hace evidente hacia el final de la infancia e inicio de la adolescencia, aunque puede surgir a una edad más temprana (generalmente de los cinco o seis años de edad), no siendo normal que se presente después de los dieciséis años de edad (APA, 2002). Su curso depende fundamentalmente de la edad inicio. En general, se realizan dos tipos de pronósticos dependiendo de si el trastorno disocial inició en la infancia, o si se originó en la adolescencia (Harrinton & Maskey, 2008; Hill,2005). Cuando aparece en la adolescencia, es común que éste se circunscriba a ese período de edad y desaparezca al inicio de la edad adulta. Sin embargo, cuando su inicio es en la etapa de infancia, es común que progrese hasta el desarrollo del trastorno antisocial de la personalidad o trastorno por consumo de sustancias (APA 2002).

El trastorno antisocial de la personalidad consiste en un patrón general de violación de los derechos de los demás que persiste en la edad adulta, y que ya se manifiesta antes de los quince años de edad. Los individuos que muestran este

patrón de comportamiento no logran adaptarse a las normas legales, y las violan repetidamente, establecen relaciones interpersonales utilitaristas, mintiendo y manipulando para sacar provecho y placer personal; son impulsivos faltos de reflexión sobre las consecuencias de sus actos sobre sí mismo y sobre los demás, irresponsable en todos en todos los ámbitos en los que se desempeñan, irritables, agresivo y poco empático y considerados con los demás.

Varios autores han señalado otras diferencias entre el desorden de conducta de inicio infantil y el desorden de conducta de inicio de la adolescencia, en término de su característica, curso y pronóstico (Compas, Hinden & Gerhardt, 1995; Frick, 2001; Gebhardt & Prins, 1997 y otros)

La APA(2002), por ejemplo, no solamente ha señalado que el trastorno disocial de inicio de la infancia tiene un pronóstico peor que el de inicio de adolescente, ya que la mayoría de los individuos que lo presentan desarrollan el trastorno antisocial de la personalidad o trastornos por consumo de sustancia, también este tipo de desorden de conducta es más frecuente entre varones y los individuos que los presentan por lo común realizan actos de violencia física contra sus pares y presentan mala relaciones con éstos.

Muchos también cumplen los criterios diagnósticos del trastorno negativista desafiante.

Frick (2001) plantea, igualmente, que los individuos con desorden de conducta de inicio infantil presentan problemas serios de conducta antisocial antes de la adolescencia, mayor vulnerabilidad psicosocial debido a circunstancia como disfunción neurológica y ambiente familiar negativo, así, como alta probabilidad de presentar un patrón de conducta antisocial en la vida adulta. Los individuos con desordenes de conducta antisocial de inicio de la adolescencia, por contrario, no tiende a presentar deterioro cognitivo y problemas, demuestran mejor adaptación en la vida adulta; además, les interesa, y logran mantener sus relaciones sociales, caracterizándose fundamentalmente por rebeldía y el trato con pares nocivos. Frick, además, señala que los individuos con trastorno disocial de inicio infantil pueden

presentar dos patrones de comportamiento a) los impulsivos, se caracterizan porque presentan altos niveles de reactividad emocional, baja inteligencia verbal y altos niveles de disfunción familiar, mostrando alta comorbilidad con el trastorno por déficit de atención con hiperactividad; b) los crueles - no emocionales, tienden a preferir actividades que les produzcan sensaciones excitantes, son menos sensibles a las claves de castigos que las recompensas y son menos reactivos a los estímulos emocionales negativos.

Hill (2005) ha señalado, en ese sentido, que cuando el desorden de conducta aparece en la infancia, puede predecir la presencia posterior de conductas antisociales, diversos tipos de desórdenes mentales, fracasos educativo o laboral y dificultades de relaciones interpersonal. Liu (2004), por su parte, ha señalado que los problemas de conducta agresiva en la infancia son antecedentes muy importantes de la delincuencia juvenil y la comisión de actos criminales en la edad adulta, resaltando que la ira y la agresión es un componente del trastorno disocial.

1.2.4.1.2. Características de los niños, niñas y adolescentes con trastorno disocial

Una vez señalado los aspectos definitorios del trastorno disocial, así como su curso y su pronóstico más comunes, pasaremos a revisar de manera general los principales estudios concerniente a algunas características del trastorno disocial relacionado con los rasgos más frecuentes de dichos individuos a nivel social, familiar, escolar, emocional y de personalidad y se describirán los desórdenes del comportamiento que se presentan frecuentemente junto con dicho trastorno y las diferencias que existen entre los varones y las mujeres que lo presentan.

1.2.4.1. 3. Relaciones sociales

Obviamente, la primera característica que uno podría esperar de un niño, una niña o una adolescente que presenta trastorno disocial, es que tenga malas relaciones con las personas que han sido víctima directa o indirecta de sus actos antisociales (pares, familiares, maestros, etc.). Debido a ellos, es común que estos

niños y adolescente sean rechazados por los pares que no presenten estos tipos de comportamiento (Harrington & Maskey, 2008; Hill, 2005).

Los niños y niñas que presentan dificultades de agresividad tienden a ser rechazado por pares desde el comienzo de los años escolares, lo que los lleva a asociarse con otros niños con dificultades similares (Hill, 2005; Loeber & Hay, 1997). Es posible que ese rechazo no se deba solamente a los actos agresivos por sí mismo, sino a la falta de habilidades sociales (Baum, 1993) estos individuos presentan frecuentemente una serie de dificultades en la forma en la que reacciona ante el comportamiento de sus semejante (por ejemplo, poca empatía, tendencia a interpretación negativamente las intenciones de los otros, dificultades para resolver problemas, etc.), que son coherentes con este déficit en las habilidades interpersonales.

Otros rasgos encontrado constantemente entre los individuos con desorden de conducta, es el mantenimiento de una relación caracterizada por el uso de la agresividad, la coerción con los hermanos (Baum, 1993). Slomkowiak, Cohen y Brook(1997).

1.2.4.1.4. Problemas académicos

Como consecuencia de su conducta antisocial, los niños, niñas y adolescente con desordenes de conducta son objeto de continua sanciones disciplinarias en el ámbito escolar, que en el peor de los casos pueden llevarlos a la expulsión del plantel educativo (APA, 2002). Tal vez por esa razón estas personas tienden a presentar un nivel educativo inferior al, promedio (Baum, 1993; Harrington; & Maskey, 2008; Kazdim, 1988).

El fracaso académico, por su parte ha sido considerado factor de riesgo de los problemas de conducta antisocial en la adolescencia (Loeber & Hay, 1997; Rpp & Wodarski, 1997). Mansell y Hurrelman(1998) analizaron los resultados de los autoinformes de conducta agresiva y de crímenes contra propiedad, realizados por estudiantes de séptimo y noveno grado de dos vasto sectores poblacionales, entre los años 1988 y 1996, encontrando una relación entre dificultades escolares y estos dos

tipos de conductas antisociales. Existen varios estudios que señalan el bajo interés académico, manifestado por aspecto como las fugas del plantel y el bajo rendimiento, puede relacionarse con la delincuencia juvenil junto con otros factores (Rutter et, al; 2000). Farrington y Loeber (1999), por ejemplo, hallaron que uno de los factores que predecía la delincuencia era bajo vínculo escolar.

1.2.4.1.5. El rechazo social y el fracaso académico como factores asociados con la delincuencia juvenil

Paterson y sus colegas (1989), elaboraron un modelo descriptivo que muestra que los niños que presentan problemas de comportamiento desde temprana edad (desde los dos (2) a los seis (6) años de edad), tienen alta probabilidad de ser objeto de rechazo por parte de sus pares y fracasan académicamente en los años escolares (desde los seis (6) a los once(11) años de edad). De acuerdo con este modelo, debido a estas dos circunstancias, es muy probable que estos niños se junten con niños que también presentan problemas de comportamiento entre los cuales encontrarían reconocimiento y aceptación por las conductas problemáticas por las cuales fueron objeto de exclusión y rechazo social. En ese estado de cosa, estos niños mostrarían alta probabilidad de involucrarse en actos delictivos y otras conductas criminales en su adolescencia, si llegan a entrar en contacto con grupos dedicados a este tipo de actividades.

Paterson y sus colegas (1989) han resaltado que los problemas de comportamiento infantil que se presentan en los años preescolares en la primera etapa de este modelo progresivo de conducta antisocial, son el resultado de una disciplina paterna débil y de malos tratos infantiles. Así mismo, hacen énfasis en la transmisión intergeneracional de la violencia, al resaltar cómo estos mismos niños se convertían en delincuentes juveniles y quizá también ejercerán una debilidad y violencia hacia sus propios hijos, influencias familiares en la conducta antisocial durante la infancia y la adolescencia.

1.2.4.1.6. Características emocionales y de personalidad

Autoestima

Si bien se ha considerado que los individuos con desorden de conducta suelen tener baja autoestima (APA, 2002), los estudios muestran que estos individuos presentan un ego “inflado”, que hace que tengan alta autovaloración, se jacten de sí mismos y respondan con agresividad cuando alguien ataca su autoestima (Hill, 2005; Loeber & Hay, 1997).

Impulsividad

Los individuos con desorden de conducta presentan una serie de características que señalan claramente dificultades para controlar sus impulsos y anticipar las consecuencias de sus actos. La APA (2002), señala en este sentido, que estos individuos suelen llevar a cabo actos imprudentes o que ponen en riesgo su salud, incluyendo su salud sexual y reproductiva.

Por ello, es común que sufran lesiones físicas producto de accidente peleas y que presenten tasa más alta de embarazo no deseado y enfermedades de transmisión sexual que los adolescentes sin desorden de conducta. Asimismo suelen comenzar a consumir cigarrillos, bebidas alcohólicas y sustancias ilegales a edad mucho menor que la del promedio.

Además de la imprudencia, otro indicador de dificultades en el control de los impulsos, es el hecho de que los individuos con desorden de conducta presentan mayores frecuencia de ideaciones suicidas e intentos de suicidios consumados y no consumados que la población general (APA, 2002). Debido a ellos, se ha considerado que dicho desorden es un factor de riesgo del suicidio en la adolescente (Brent & Motriz, 1996; Dicker, Morrissy, Abikoff & Alvir, 1997; Halgin y Whitbourne, 2004).

1.2.4.1.7. Otros rasgos emocionales

La APA (2002) también ha señalado que los individuos con desorden de conducta tienden a presentar baja tolerancia a la frustración, irritabilidad, baja

empatía y ataques de ira. Estas características han sido descubiertas en varios estudios realizados con niños y adolescentes con trastorno disocial (por ejemplo, Daderman, 1998; Rey, 2001^a; Matthy, Walterbos Van –Engeland & Koops, 1995; Sterzer et al. 2007).

1.2.5. Trastornos disocial y psicopatía

La psicopatía es un trastorno de personal que según Hart y Harper (1991), incluye las siguientes características: a) locuacidad y encanto superficial b) autovaloración exageradamente alta, arrogancia; c) ausencia total de remordimiento; d) ausencia de empatía en la relaciones interpersonales; e) manipulaciones ajena con recurso frecuente el engaño; f) problema de conducta en la infancia;

g) conducta antisocial en la vida adulta; h) impulsividad; i) ausencia de control; y j) irresponsabilidad.

Quay (1965) ha señalado que otra característica fundamental del psicópata es una búsqueda patológica de estimulación, es decir, tendencia a buscar experiencia excitante a pesar de los peligros potenciales. Para Quay esto se debe a que el psicópata posee baja reactividad de su Sistema Nervioso Autónomo, el cual regula la excitación fisiológica ante el peligro y la amenaza. Esta búsqueda de estímulo fue bautizada posteriormente como “**Búsqueda de sensación**” (Zuckerman, 1979) y ha sido definida como búsqueda de experiencia y sensaciones intensa, novedosa, variadas y complejas y la voluntad de experimentar y participar en experiencias que comporten riesgo físicos social, legal o financiero (Zuckerman, 1994).

Eylenck (1977), por su parte, ha planteado que los psicópatas se caracterizan por tener puntuaciones altas en **extroversión**, una característica de la personalidad típica de personas que tienden a ser expansivas, impulsivas y no inhibida que buscan emociones fuertes y son arriesgadas. Esta características de la personalidad también se ha evidenciado en los adolescentes en mención (Daderman, 1998).

Debido a que muchos de estos rasgos se encuentran en niños y adolescente con trastorno disocial (i. e. baja empatía, impulsividad, irritabilidad, baja tolerancia

a la frustración, ego inflado), se ha considerado que este trastorno podría identificarse en una edad temprana, es decir, en la infancia (Hill, 2005).

Frick (2001; 2006) ha señalado, por otra parte, que no todo los adolescente con trastorno disocial tendrían rasgo de psicopatía. Según este autor, algunos de estos adolescentes se distinguen de otros por la presencia de rasgo de crueldad y falta de emocionalidad y tenderían a presentar conducta agresiva más grave y características similares a las que se encuentran en los adultos psicópatas.

Frick (2001) incluso sugiere tres subtipos de trastorno disocial al dividir el inicio infantil en dos, con base en la presencia de estos rasgos a) uno **principalmente impulsivo**, que se caracteriza por altos niveles de reactividad emocional, baja inteligencia verbal y mayor comorbilidad con el trastorno por déficit de atención con hiperactividad; b) otro caracterizado por la crueldad y falta de emocionalidad, cuyos afectos prefieren las actividades excitantes, son poco reactivos emocionalmente y poco sensible a las señales de castigo. Según su perspectiva, los niños y adolescente que presente este último trastorno disocial de inicio infantil, presentan un “temperamento caracterizado por baja inhibición emocional que puede inferir en el desarrollo de los componentes afectivos de la conciencia y la interiorización de las normas paternas y social” (trad; p. 601)

1.2.5.1. –Influencia biológicas, factores biográficos y déficit en el desarrollo

Dado la alerta de la prevalencia que tiene el desorden de conducta entre la población infantil y adolescente, sus consecuencias en el medio familiar y social del individuo y su pronóstico negativo, es comprensible que se hayan destinado ingentes esfuerzo para investigar los factores responsables de su origen y mantenimiento. Los factores que se han estudiado incluyen desde influencia biológica hasta variables sociológicas como la violencia en los medios de comunicación.

Siguiendo la definición del factor de riesgo presentada por Compas, Hinden y Gerhardt (1995), podemos decir que un factor de riesgo del trastorno disocial es

aquella circunstancia ambiental o del mismo individuo que aumenta la probabilidad de aparición del mismo. Esta definición permite considerar como factores de riesgo todas posible influencias biológicas, biográficas, familiares, comunitarios y socioculturales que podrían relacionarse de manera persistente con el trastorno disocial.

1.2.5.1.1. Influencia biológica

La relación entre la presencia de algún tipo de difusión biológica y la conducta antisocial es un tema que se ha investigado desde mediado del siglo pasado. Inicialmente se planteó que la experiencia se planteó que la existía de un cromosoma Y adicional (anomalía cromosómica XYY), podría relacionarse con la delincuencia y la criminalidad entre los varones, ya que se encontró esta anormalidad en un número importante de recluso en los Estados Unidos (Witkin et al, 1976). Sin embargo, la evidencia posterior mostró que esta anomalía no podría considerarse una causa determinante de la delincuencia (Rutter et al; 2000).

No obstante, existen datos que señalan influencia hereditaria en el desarrollo del trastorno disocial y que indican que estas dificultades podrían relacionarse con funcionamiento subnormal de la corteza prefrontal y de las estructuras cerebrales relacionada con la reactividad emocional, así como con una anormalidad a nivel neuropsicológica, neurológica y hormonal. Estas anormalidades señalan déficit en el desarrollo neuronal que serían, por tanto, propias de los individuos con trastorno disocial de inicio de la infancia, cuyo curso es más persistente y su pronóstico es más negativo, que el desorden de conducta de inicio de la adolescencia (Faichild et al; 2008).

De acuerdo con Raine (2002), los estudios realizados con individuos adoptados en donde se ha comprobado el peso relativo que tiene la herencia, el ambiente y la herencia junto con el ambiente, muestra un efecto multiplicativo cuando están presentes estos dos factores.

Es decir, que el riesgo se multiplica si además de tener un padre biológico con antecedentes criminales, el individuo es criado en un ambiente sociofamiliar

disfuncional, ya que ambos factores potencian la probabilidad de presentar problemas de conducta antisocial.

1.2. 5.1.2. Factores biográficos

De acuerdo con los estudios que se han hecho, es posible que haya una serie de circunstancias durante el embarazo y los primeros años de vida, que favorezcan el desarrollo del trastorno disocial y otras dificultades similares. Estos son fundamentalmente malas condiciones durante el embarazo y el parto, temperamento difícil en la primera infancia, vínculo inseguro entre la madre y el niño(a) y malos tratos físicos y sexuales.

1.2. 5.1.3. Condiciones en el embarazo y el parto

Durante el embarazo se pueden presentar muchas circunstancias que afecten el desarrollo neurológico de un niño, como mala nutrición, el consumo de bebidas alcohólicas o cigarrillo o una enfermedad. En el parto también se pueden presentar complicaciones como anoxia, es decir, escasez prologada de oxígeno, debido a circunstancias como enredarse el cordón umbilical alrededor del cuello del recién nacido. Debido a que este tipo de circunstancias son comunes entre niños con desordenes de conductas y delincuente juveniles (Liu, 2004; Loeber & Hay, 1997; Harrington & Maskey, 2008; Raine (2002) que, como veremos más adelante, estos individuos presentan frecuentemente deficiencias en su desarrollo cognitivo e intelectual que podrían deberse a condiciones que afectaron su desarrollo neurológico.

1.2. 5.1.4. Temperamento difícil en la primera infancia

Se considera que el desarrollo de la personalidad depende tanto de factores ambientales como biológicos. Mientras que las influencias biológicas influyen sobre el temperamento se puede observar desde los primeros años de vida de los individuos (Pueyo, 1997).

Thomas, Chess y Birch (1968; Chess & Thomas, 1987) estos investigadores encontraron que un niño puede considerarse “fácil”, si establece rápidamente rutinas, es alegre la mayor parte del tiempo y se adapta fácilmente a las nuevas

experiencias. Mientras que un niño “difícil”, por una parte, es aquel que establece rutinas diarias con mayor dificultad, no se adapta fácilmente a las nuevas experiencias y tiende a reaccionar negativa e intensamente ante los estímulos desagradable.

Otros estudios han llevado a considerar que el temperamento difícil en la infancia pueden predecir el desarrollo del trastorno disocial (APA, 2002; Baker; 2006; Renk, 2008). Sin embargo, como resaltan los mismo Thomas y Chess(1987), es posible que si los padres de estos niños le enseñan apropiadamente a manejar su ira y frustración desde los primeros años de vida, se puede prevenir la aparición de este tipo de dificultades posteriormente. De acuerdo con Renk (2008) la calidad de crianza determinan sin un niño con temperamento difícil en la infancia desarrolla o no problemas de conducta posteriormente.

1.2.5.1.5. Establecimiento de un vínculo inseguro y malos tratos

Las investigaciones que se han realizado respecto al apego muestran que la relación temprana entre el bebé y su cuidador principal, representa la primera experiencia de vinculación afectiva del individuo e influye en la calidad de las relaciones que éste establece posteriormente con sus semejantes. Los estudios iniciados por Ainsworth muestran que los bebés de las madres que son más sensibles e interesadas en sus necesidades, presentan un patrón de apego “seguro”, se manifiestan en su comportamiento más confiado con respecto a su ambiente y los demás ante situaciones estresantes, mientras que los bebés de las madres que son menos atendidas y sensibles a sus necesidades exhiben un apego evitativo, ambivalente ante este tipo de situaciones (Larsen & Buss, 2005). Según Lyons – Ruth (1995), la evidencia muestra que el vínculo seguro se relaciona con conductas positivas hacia los padres y los pares en los años preescolar, por lo que muchos programas de entrenamiento de padres, buscan mejorar la sensibilidad e interés de los padres para promover un vínculo seguro con sus hijos (Scott, 2008).

De acuerdo con Dodge (1993) un vínculo inseguro “inseguro” (i.e. evitativo) y los malos tratos en los primeros cinco años de vida dejan un recuerdo en el individuo que influye negativamente en su repertorio social, generando dificultades de empatía y una tendencia a interpretar negativamente las intenciones de otros, con alta predisposición a utilizar la agresividad para resolver los conflictos interpersonales.

1.2.5.1.4. Déficits en el Desarrollo

Es normal que los bebés respondan con llantos, explosiones similares ante los estímulos que les generen incomodidad. Sin embargo, conforme crecen, es de esperar que desarrollen habilidades de tipo cognoscitivo y verbal que les permita tener mayor capacidad de control y aprender las habilidades necesarias para una buena adaptación social. En el caso de los niños y niñas con desorden de conducta, los estudios han mostrados que éstos presentan una serie de dificultades en su desarrollo socio –cognoscitivo, verbal –lingüístico e intelectual que podrían favorecer la conducta antisocial.

1.2.6. – Las características del contexto familiar relacionadas con la conducta antisocial infantil y adolescente

Las Características del contexto familiar relacionadas con las conductas antisociales infantiles y adolescentes las cuales tiene que ver con tres aspectos fundamentales: a) su estructura, es decir, con cuestiones como el tipo de familia y el número de hijos; b) su funcionamiento, o sea, con aspectos como la comunicación entre los miembros de la familia, los patrones disciplinarios y la resolución de conflictos; c) los recursos con los que cuenta el sistema familiar, por ejemplo, los ingresos económicos y las redes de soporte social.

A continuación se presenta cada uno de estos aspectos por separados, con el fin de poder analizar su papel en el desarrollo del desorden de conducta.

1.2.6.1. – Alto número de hijos y juventud de la madre

Un número de hijos (cuatro o más) se ha considerado un factor de riesgo de la delincuencia y la violencia juvenil (Krug et al, 2003; Rutter et al, 2000).

De acuerdo con Nagin, Pogarsky y Farrington (1997), además del gran número de hijos, la excesiva juventud de la madre al momento de tener su primer hijo, la escasez de recursos económicos y la falta de patrones adecuados de crianza, son factores de riesgos de la delincuencia juvenil. Es probable que la juventud de la madre, el número alto de hijos y la falta de recursos económicos afecta la calidad de crianza que éstos reciben, debido a la experiencia y el estrés que generan estas circunstancias, favoreciendo, a su vez, problemas de comportamiento infantil que si no se corrigen persisten en la adolescencia. Tal como se verá más adelante, unas inadecuadas pautas de crianza puede generar problemas de comportamiento como la agresividad y la desobediencia.

1.2.6.2. – Factores del funcionamiento familiar

Se puede considerar la familia como un conjunto de individuos unidos por lazos legales y de sangre, que comparten objetivos en común y por lo general, un mismo hogar. Toda familia organizada con base en una jerarquía y unos roles y su funcionamiento depende de las maneras, habilidades de comunicación de sus miembros, la manera en la que resuelven problemas, la forma en la que se ejerce el poder y el estilo de liderazgo (Ritvo & Gick, 2003). De acuerdo con el modelo de los sistemas maritales y familiares de Olson, Russell y Sprenkle (1983), el funcionamiento de una familia se puede describir con base en dos características bipolares a) la adaptabilidad, que tiene que ver con la capacidad del sistema para cambiar su estructura de poder, sus roles y sus reglas de relación para responder a las fuentes de estrés situaciones y del desarrollo; y b) la cohesión, que tiene que ver con el lazo emocional entre los miembros de la familia.

Las familias que muestran un balance en su adaptabilidad y cohesión se caracterizan porque sus miembros tienen buena capacidad de comunicación, a diferencia de las familias que se encuentran en los extremos de dichos rasgos.

Datos empíricos revelan que los lazos entre los padres y los hijos son distantes en las familias en donde hay adolescentes antisociales (Krug et; 2003).

El ambiente familiar es clave en la socialización del individuo, de manera que un entorno familiar se caracterizado por los conflictos familiares, pautas de crianza inadecuadas y la resolución agresiva de los conflictos, afectan negativamente el desarrollo social de los individuos en crecimiento. Como ya se indicó, una característica frecuentemente encontrada en muchos niños y adolescentes es el conflicto marital (Farrington & Loeber, 1999; Gorman – Smith, Tolan , Loeber & Henry, Hill, 2005; Holt, Buckey y otros). Si se presenta malos tratos entre pareja es previsible que ese estilo de relación se transmite a los hijos y éstos lo reproduzcan dentro de su propia familia y fuera de ella. Se ha encontrado, efectivamente, que muchos niños con desorden de conducta tienden a presentar relaciones coercitivas con sus hermanos (Baum, 1993; Slomkowski, Cohen & Brook, 1997), lo cual evidentemente respalda la idea de que un entorno familiar agresivo favorece la reproducción de este estilo de intervención entre los miembros familiares.

Browne y Herbert (1997) han desarrollado un modelo sobre la transmisión intergeneracional, ambos autores sostienen que la base del ciclo de violencia es la resolución coercitiva de los conflictos, para para lo cual recurre a la teoría coerción de Petterson(Patterson, 1982; Patterson, Reid, Jones & Conger, 1975), según la cual los problemas de comportamiento infantil dependen de la forma en la que los padres afrontan la crianza de sus hijos, de manera que si éstos refuerzan e incluso, modelan formas correctivas de interacción (i.e. gritos, golpes, etc.), sus hijos asimismo presentarán problemas de agresividad y desobediencia. Según el modelo de Browne y Herbert (1997), la manera en la que los padres resuelven sus conflictos y crían a sus hijos determina la forma en la que éstos se relacionarán entre sí y con su propia familia en el futuro, de modo que si éstos tienden a recurrir a los malos tratos para resolver los conflictos sus hijos seguramente repetirán el mismo esquema con otra persona. Por lo tanto, si hay violencia entre los padres, es previsible que los hijos presenten relaciones agresivas con los hermanos y con personas ajena a su

familia y que en el futuro tengan alta probabilidad de ejercer malos tratos con sus propios hijos y con su pareja, cerrando el ciclo intergeneracional de la violencia. En efecto, se ha encontrado que los padres y madres con tendencia a ejercer malos tratos a sus hijos probablemente fueron objetos de malos tratos por parte de sus padres y que los niños maltratados tienden a presentar problemas de conducta externalizante, como agresividad, crueldad con los animales y destructividad.

1.2.6.2.1. Pautas de crianzas

Los patrones o pautas de crianzas son estilos generales que exhibe los padres para favorecer su desarrollo físico, social, cognoscitivo, emocional y moral. Se conoce como estilo “**autoritativo**” aquel patrón de crianza que incide favorablemente sobre dicho desarrollo, se caracteriza porque el padre conoce la necesidad y los límites que requieren sus hijos, ejerce dichos límites de manera firme pero razonable y justifica reflexivamente las sanciones que impone sobre sus hijos (Baumrind, 1967). Se considera que este estilo de crianza favorece la obediencia y la internalización de las normas sociales en los niños (Renk, 2008).

Además de las anteriores características, se pueden plantear otras que fomentan un sano desarrollo de los niños: a) el conocimiento de las características de cada estadio del niño, lo que permite al padre saber qué puede exigirle de acuerdo a su edad y ser sensible a sus necesidades; b) una actitud constante y abierta para enseñarle los conocimientos y las habilidades que le servirán durante su vida; c) brindarle una retroalimentación puntual y oportuna tanto cuando lo sanciona como cuando lo premia, para que éste interiorice las normas que le ayudarán a adaptarse apropiadamente a su medio social; y d) el uso de estrategia de corrección no violentas, siendo justo en la aplicación de sanciones y premios y evitando la permisividad y la sobreprotección.

Existen otras características de crianza que van en detrimento de algunos aspectos del desarrollo de los niños, Patterson (1982) ha recopilado varias que podrían favorecer los problemas de conducta infantil.

La falta de claridad sobre lo que los padres esperan del comportamiento de sus hijos particularmente lo concerniente a las reglas y los límites

Ausencia de control sobre la conducta de los hijos y sus amistades y actividades fuera de casa.

Falta de contingencia efectiva ante las conductas inaceptables y la socialmente deseables.

Inadecuadas estrategias para afrontar las crisis y los problemas familiares

1.2.6.2.2. Disciplina severa

Una disciplina cruel y severa se caracteriza por el uso de estrategias maltratantes para criar y educar a los hijos, como los, castigos fijos, los gritos, las amenazas y el rechazo. Los padres y madres que presentan estas pautas de crianza tienden a confiar en estas estrategias para criar a sus hijos en comparación con otras no coercitivas (Azar, 1989).

La disciplina severa se ha asociado con el trastorno disocial, pero también a la violencia y la delincuencia juvenil (Baker, 2006; Harrington & Maskey, 2008).

De acuerdo con la teoría socio –cognitiva de Dodge (Dodge, 1993; Dodge, Pettit & Bates, 1997), los malos tratos físicos en los primeros cinco años de vida producen en los niños y niñas una visión hostil del mundo social, que los lleva a preferir el uso de estrategias agresivas para resolver los conflictos.

A la luz de dicha teoría y la teoría del aprendizaje social de Alber Bandura (1984), una disciplina cruel y severa favorecería la agresividad infantil y el desorden conducta agresiva, por las siguientes razones:

Esta estrategia constituyen modelos de interacción interpersonal agresiva que los niños observan en su ámbito de socialización primaria y que, por tanto, es previsible que imiten en circunstancia similares de su entorno social.

Al no utilizar otras estrategias para criar a sus hijos, los padres de estos niños no representan modelos de habilidades de resolución de conflictos interpersonales necesarios para que los niños aprendan conductas prosociales.

Al preferir los métodos coercitivos para criar a sus hijos, estos padres no enseñan e incentivan las conductas que desearían observar en ellos. Por lo tanto, no les brindan la oportunidad de aprender formas correctas de interacción interpersonal.

1.2.6.2.3. Falta de supervisión

Varios estudios indican que la falta de supervisión constante y control sobre las actividades y las amistades de los hijos se relacionan con la conducta delictiva y al margen de las normas (Krug et al., 2000). Farrington y Loeber (1999), encontraron que la falta de supervisión por parte de los padres era uno de los factores que más predecía la delincuencia juvenil.

Es evidente que en un periodo de desarrollo como la adolescencia, en el cual los individuos son más influenciados por sus pares, esta característica de la crianza pone en riesgo a aquellos que tienen contactos con pares nocivos. Por lo tanto es posible que este estilo de crianza se relacione más con desorden de conducta de inicio infantil (i.e. socializado) que con el inicio infantil (i.e. Infrasocializado). Efectivamente se ha encontrado que la falta de supervisión y control sobre las actividades de los hijos se relaciona con el diagnóstico de trastorno disocial más en la preadolescencia y la adolescencia que en la infancia.

1.2.6.2.4. Inconsistencia en la aplicación de disciplina

La inconsistencia en la aplicación de disciplina se presenta cuando se anuncia un premio y un castigo que nunca ocurre o cuando, por la misma falta, a veces se sanciona al hijo, pero otras veces no, entre otras situaciones. Esta pauta de crianza ha sido consistentemente relacionada con el desorden de confianza y con los problemas de conductas en general (Baker, 2006; Harrington & Maskey, 2005, Patterson, 1982).

Un aspecto de la inconsistencia en la aplicación de disciplina tiene que ver el grado de acuerdo entre los dos padres cuando administran recompensas y sanciones. Ballesteros, y Cortés (2001) informaron que el grado de consistencia interparental era mayor entre niños y adolescentes de bajos niveles económico con buena puntuaciones en conducta prosocial y que en los hogares conformados con la presencia de padrastro o madrastras había niveles más bajo de consistencia parental y altos niveles de discordia marital. También encontraron que los niveles de estrés se relacionaban negativamente con el ajuste marital. El estrés familiar y los conflictos pueden afectar la consistencia interpersonal en la administración de la disciplina, fomentando la conducta antisocial infantil y adolescente.

1.2.6.3. La teoría de la coerción de Patterson

La teoría de la coerción desarrolla por Gerald Patterson (véase Patterson, 1982; Patterson, Reid, Jones & Conger, 1975), permite comprender la manera en la que los patrones de crianza favorecen los problemas de comportamiento infantil, especialmente la desobediencia y la agresividad. Como ya se indicó, todos los niños nacen con un repertorio de conducta que permiten responder a los estímulos irritantes y potencialmente dañinos de su ambiente, tales como lloriqueos y los manoteos. Estas conductas progresivamente van siendo reemplazadas por conductas de tipos prosocial, favorecidas por el desarrollo del lenguaje y la cognición, proceso que comienza con la primera verbalización del bebé y se consolida hacia los tres años de edad.

No obstante, de acuerdo con Patterson, algunos niños no reciben los estímulos necesarios para adquirir estas habilidades, sino que, por el contrario, son incentivados para que continúen mostrando las conductas coercitivas de sus primeros años de vida. Estos se deben fundamentalmente a los patrones de crianza de sus padres, especialmente de la madre, quien generalmente cuida a los niños en sus primeros años de vida. Según este autor, las madres de los niños que presentan problemas de comportamiento por lo general utilizan la agresividad y la coerción para corregir, de manera que no les ofrecen modelos apropiados de comunicación y resolución de conflictos interpersonales. Además como ya se señaló, otros

miembros de su familia podrían presentar el mismo estilo de comunicación y resolución de problemas representando otros modelos agresivos.

Según Patterson, las conductas coercitivas son reforzadas tanto positivas como negativamente por las madres de estos niños y, presumiblemente, por otros miembros familiares. El refuerzo es el proceso por el cual las consecuencias generadas por una conducta, aumentan la probabilidad de que ésta se presente nuevamente ante la misma situación en el futuro.

Estos modelos punitivos y refuerzos de la conducta coercitiva favorecen los problemas de comportamiento infantil, especialmente la desobediencia y la agresividad pudiendo conllevar al desarrollo del trastorno negativista desafiante (cuya conducta más representativa es la desobediencia excesiva) y el desorden de conducta (cuya conducta más típica en su inicio infantil es agresividad). Esto se debe que los padres siguen corrigiendo inadecuadamente los problemas de comportamiento de sus hijos perpetuándolo. Además, pueden desarrollar una imagen negativa de sus hijos que los predisponen a percibir negativamente incluso sus conductas más apropiadas y mantener relaciones negativas con lo mismo (Wicks –Nelson & Israel, 1997). Es de destacar, en ese sentido, que muchos padres y madres que tienden a maltratar físicamente a sus hijos tienen una visión negativa sobre su comportamiento.

Otros aspectos de la crianza que promueve los problemas de conducta, según Patterson (1982), son la inconsistencia en la aplicación de disciplina, la falta de habilidades para la recompensa la conducta positiva del niño y no ignorar sus conductas disruptivas como las pataletas.

Como se puede vislumbrar, la teoría de Patterson toma como base la fundamental los estudios y la teoría de Bandura (1984) sobre el aprendizaje social, según la cual, los niños pueden aprender respuestas nuevas y originales tras observaciones de la conducta realizada por un modelo y las consecuencias que recibe este modelo por la ejecución de dicha conducta. Luego, cuando los niños se encuentran en situaciones similares pueden imitar la conducta la conducta modelada con el fin de obtener las consecuencias que observó.

Además de la observación de las consecuencias, una persona puede motivarse a imitar la conducta modelada si percibe al modelo como una figura importante (Schunk 1997). Por ellos los niños imitan la conducta de sus padres, personajes de serie de televisión y otros niños. Por lo tanto imitan las conductas agresivas de sus padres tal como lo predice la teoría de Petterson, pero podían imitar la conducta de niños agresivos en las circunstancias adecuadas).

1.2.6.4. La teoría de personalidad de Eysenck (1977)

Sostiene que el desarrollo de la personalidad depende de la interacción entre los factores del temperamento (biológico) y las experiencias del entorno sociofamiliar.

Igual que Eysenk, D.T. Lykken (1995) consideran que la personalidad depende de dicha interacción, pero va más allá atribuyéndole el origen de la conducta antisocial a la fallas en el proceso de socialización y por tanto, en la interiorización de la normas sociales.

De acuerdo a la teoría de Eysenk la inapropiada socialización se puede deber a dos factores:

El primero se debe a un entorno sociofamiliar poco estructurado y una crianza cruel o impredecible, dos estilos paternos que se han relacionado con la conducta antisocial infantil y adolescente.

La segunda se debe a un genotipo que hace difícil el proceso de socialización, planteamiento que es coherente con los estudios que sugieren una base innata de la baja reactividad emocional y funcionamiento prefrontal en los individuos con problemas de conducta antisocial.

1.2. 6.4.1. La teoría bifactorial de la personalidad de Eyesenck

(Eyesenck & Eyesenck 1975) sostiene que la conducta antisocial propia de los criminales y delincuentes con base en esta baja activación del sistema nervioso. Por ello tiene en cuenta las diferencias en condicionamiento entre las personas extrovertidas y las introvertidas. De acuerdo con esta teoría, la carga genética tiene

importancia crucial en la estructuración de la personalidad (junto con la experiencia de socialización), pudiéndose expresar a través de los rasgos fundamentales: el rasgo neuroticismo –estabilidad emocional y el rasgo extrovertido –introversión, los fin el “Cuestionario de Personalidad de Eysenck” o Eysenck Personality Questionnaire, Seisdodos, 1984. El rasgo neuroticismo –estabilidad emocional tiene que ver la labilidad emocional y el individuo que tiene altas puntuaciones en el mismo, a la luz del cuestionario en mención, se caracteriza por ser emocionalmente hipersensible, con dificultades para recuperarse después de una situación emocional y sujeto de frecuente desarreglo somáticos difusos, estado de preocupación, ansiedad y otros sentimientos desagradable.

El rasgo extroversión –introversión, por su parte, tiene que ver con la expansividad, la impulsividad y la inhibición. Las personas con altas puntuaciones en el mismo (i.e. extrovertidas), se caracterizan por la búsqueda de emociones fuertes, de retos y riesgos, les gusta las situaciones cambiantes son sociables y no poseen gran control sobre sus sentimientos. Por el contrario, las personas que se podrían considerar introvertidas ya que presentan bajas puntuaciones en este rasgo, tienden a ser tranquilas, retraídas, introspectiva, reservadas y distante (excepto con sus amigos íntimos), controlan estrechamente sus sentimientos, no le gustan las emociones fuertes y no se encolerizan fácilmente.

De acuerdo con Eysenck(1977), los extrovertidos muestran un diferencia adicional con los introvertidos: son más difíciles de condicionar que estos últimos ya que exhiben una reactividad de su Sistema Nervioso Autónomo mucho menor que los introvertidos. En cambio, los introvertidos son más sensibles al condicionamiento, ya que su activación fisiológica ante los cambios del ambiente es mucho mayor que la exhiba por los extrovertidos. En esas circunstancias, es comprensible que los introvertidos respeten más las normas y los parámetros sociales en mayor medida que los extrovertidos, debido a que reaccionan más que estos últimos ante su posible quebrantamiento.

Como se puede vislumbrar, para Eysenck los criminales y los delincuentes muestran un mayor acercamiento al extremo extrovertido del factor de la

personalidad extroversión –introversión, ya que son menos susceptibles a los condicionamientos y son menos sensibles a las sanciones sociales por el rompimiento de dichas normas. En este estado de cosas puede actuar impulsivamente cometiendo los actos antisociales que los caracterizan con un bajo sentido de auto restricción, lo cual es coherente con la teoría de Quay.

La introducción de un tercer rasgo dentro del modelo original de la personalidad (el psicoticismo), junto con la propuesta de un instrumento que pudiese medir los tres rasgos (Eysenck & Eysenck, 1975; 1976), permitió realizar nuevos planteamiento e indagaciones sobre la influencia biológica en la estructuración de la personalidad y la conducta antisocial. De acuerdo con nueva formulación de Eysenck y Eysenck, el individuo con altas puntuaciones e psicoticismo se caracteriza por la agresividad la frialdad afectiva, la impulsividad, la falta de empatía, el egocentrismo y el pensamiento divergente, mientras que la empatía y la precaución caracteriza a los individuos con bajas puntuaciones en dicho rasgo. Se ha encontrado en efecto, una fuerte relación entre la conducta antisocial y las puntuaciones altas en psicoticismo (Center & Kemp 2003).

1.2.6.6. El modelo biosocial y la hipótesis del “empujón social” de Raine

Según los estudios de Adrian Raine (2002) sostienen que los factores hereditarios y ambientales en la conducta antisocial infantil, juvenil y adulta son importante para el incremento del riesgo de esta conducta, pero que los dos juntos actúan potenciándose y no solamente sumándose. Es decir, que un ambiente sociofamiliar negativo debido a la presencia de circunstancia como los malos tratos infantiles y la pobreza, puede potenciar la influencias biológicas de dicha conducta ya que el riesgo se multiplica y no solamente se duplica cuando están presentes los dos tipos de factores. La teoría se presenta como un modelo porque permitiría explicar los diferentes tipos de conductas externalizante, como la hiperactividad, la agresividad, y la delincuencia (Liu, 2004).

La hipótesis del modelo biosocial del empujón social de Raime sostiene que los adolescentes y adultos criminales de extractos socioeconómicos medios y altos o

que no presentan factores de riesgo como violencia intrafamiliar y ruptura marital, el mismo investigador ha planteado la hipótesis del empujón social “The social push perspective”(Raine, 2002, p.314). Según esta hipótesis, la influencia biológica de la conducta antisocial se manifiesta más en los en los criminales juveniles y adultos que no han sufrido condiciones sociales y familiares adversas, que en aquellos casos que provienen de estratos socioeconómico bajos o que han crecido en familia disfuncionales. De acuerdo con esta perspectiva, dichas condiciones socio –familiares adversas podrían explicar mejor la conducta antisocial en los individuos que han crecido en medio de las misma, mientras que la influencia biológicas como la baja reactividad emocional podrían explicar satisfactoriamente la conducta antisocial en individuos de clase acomodadas y en circunstancia familiares favorables.

1.2.6.7. Factores Neurológicos

En 1965 se propuso la hipótesis de que la criminología podría ser el resultado de anormalidades en el Sistema Nervioso Central. Esta hipótesis tuvo fuerte impacto en la comunidad científica ya que generó toda una línea de investigación dirigida a examinar las señales neurológicas registradas a través de electroencefalogramas (EEG), primero en adultos antisociales y luego en delincuentes juveniles. Los estudios con adultos mostraron que los criminales exhiben mayor frecuencia de EEG anormal que los individuos normales incluyendo ritmos alfa lentos y onda de muy baja frecuencia, comunes en bebé y niños pequeños. Tales hallazgos llevaron a considerar que los adultos delincuentes presentan un Sistema Nervioso Central insuficientemente maduro (Baum, 1993).

Los estudios llevados a cabo con delincuentes juveniles, por su parte, mostraron que los violentos diferían de los no violentos en la presencia de un patrón de EEG de puntas en el área temporal, un indicador de epilepsia de lóbulo temporal, lo cual sugirió que podría haber una relación entre epilepsia y la conducta violenta. No obstante, esta hipótesis se rechazó posteriormente cuando la revisión de estado

del arte realizada por Campell, Cohen y Smal (1982), mostró que los antiepilépticos disminuían las convulsiones más no la conducta agresiva.

También, existen signos neurológicos menores o blandos que están relacionado con la conducta antisocial. Son aquellos que indican la presencia de una alteración mínima a nivel cerebral, al contrario de los signos neurológicos mayores o duros, los cuales se señalan una patología neurológica. Según Mojarro y Benjumea (1995), se encontraron alta prevalencia de estos signos entre niños con trastorno disocial infrasocializado.

1.2.6.8. Característica neuropsicológica

Se han encontrado puntuaciones por debajo del promedio en pruebas que miden funciones ejecutivas en individuo con trastorno disocial (Hill, 2005), lo cual se ha interpretado como señal de un funcionamiento subnormal del área prefrontal, ya que esta zona ubicada en la parte anterior de los lóbulos frontales del cerebro, se le atribuye la realización de dichas funciones, saber.

Otro indicador de un funcionamiento anormal en el área prefrontal lo constituyen las bajas puntuaciones en la figura completa de Rey, una prueba utilizada en evaluación neuropsicológica que permite ponderar la destreza dirigida a la planeación y organización de la conducta, la estrategia de resolución de problemas que requieren habilidades perceptual, motrices y memorística y las habilidades viso-espaciales (Pineda, Isaza et al, 2000).

1.2.7. Influencia sociales y culturales en el trastorno disocial

En este capítulo se analizan las características del entorno social y cultural que podrían fomentar la conducta antisocial entre los niños, niñas y adolescente. En primera instancia se examinan los dos principales aspectos del entorno social relacionados con la explora, la influencia de los medios masivos de comunicación sobre la conducta agresiva infantil y el papel de los estereotipos de género en la

conducta antisocial durante la infancia y la adolescencia. Finalmente se reseñan varias teorías de corte sociológica y psicoanalítica sobre la delincuencia juvenil.

1.2.7.1. La vecindad y los grupos de pares

El trastorno disocial se ha relacionado con la vinculación con pares nocivos, es decir, con niños o adolescente del mismo grupo de edad que se asocian para realizar actos disociales y al margen de las normas sociales y legales (Button et al, 2007; Harrington & Maskey, 2008; 2005; Rappaport & Thomas, 2004; Renk, 2008). Si bien puede haber pares nocivos en todos los estratos socioeconómicos, en los sectores urbanos deprimidos es más probable que los niños y adolescentes tengan contactos con estos tipos de pares. Por lo tanto, no sería raro que ante ciertas circunstancias socio –familiares, algunos niños y adolescentes tengan contacto con pandilleros u otros pares nocivos y comiencen a cometer actos antisociales (Thomas, Stelly, Kerner & Weitekamp, 1998).

Según Renk (2008), se han encontrado que la vinculación con pares nocivos en la infancia puede relacionarse con trastorno disocial y la realización de ofensas violentas en la adolescencia y que dicha afiliación puede deberse factores como un ambiente familiar negativo, antecedente de hiperactividad y ausencia de miedo y baja prosociabilidad. Por lo tanto, habría factores temperamentales y neurobiológica que combinados con un ambiente sociofamiliar negativo, favorecerían que un preadolescente comience a tener tratos con pares nocivos, situaciones que si no se corrige conllevaría a que dicho preadolescente continúe cometiendo actos antisociales en su adolescencia.

Por otro parte, una vez que ingrese a una pandilla, sus miembros aumentan el número de actos delictivos que solamente finalizan cuando la abandonan (Loeber & Hay, 1997; Rapport & Thomas, 2004)

1.2.7.2 Los medios masivos de comunicación y la agresividad

Una serie de investigaciones señalan que los niños que observan frecuentemente escena de violencia y agresividad en la televisión, tienden a

presentar más conductas agresivas (Krug et al., 2003; Mojarro & Benjumea, 1995; Peña, Andreu & Muñoz, 1999; Pérez, Pinzón, González & Sánchez, 2005).

Bandura (1984) señaló que las personas, en general, no sólo tienden a imitar modelos que son significativos para ellos, sino aquellos con los cuales se identifican por razones de sexo, edad o apariencia física, lo que explicaría no sólo que los niños y niñas de sus experimentos tendieran a imitar a los adultos observados, sino que los niños que observan el modelo agresivo masculino en el experimento publicado en 1961, fueron más agresivos que los expuestos al modelo agresivo femenino.

Extrapolado a la vida real, estos experimentos muestran que el moldeamiento de conducta agresiva tanto en la vida real como en medios masivos de comunicación, puede conllevar a la imitación de este tipo de conductas o no son sancionadas por las mismas y son coherentes con la teoría de coerción de Petterson (1982), según la cual los problemas de comportamiento infantil se deben en parte a la imitación de las conductas coercitivas de los padres. También son afines con la teoría socio-cognitiva de Dodge (1993), de acuerdo con la cual la observación de modelos agresivos, vínculo inseguro y los malos tratos físicos en la primera infancia, genera un repertorio agresivo y una visión hostil del mundo social en los niños con desorden de conducta.

A pesar de los anteriores datos empíricos y consideraciones teóricas, es evidente que la simple observación de modelos de norma agresivos no es suficiente para explicar los problemas de agresividad infantil.

1.2.7.3. La teoría sociológica sobre la delincuencia y violencia:

El estudio de los factores sociales y culturales que podrían fomentar la agresividad infantil y la delincuencia juvenil, lleva necesariamente a considerar las principales teorías sociológicas sobre la conducta antisocial. Las más reconocidas es quizás la teoría de la “anomia”, un concepto formulado por Durkheim para designar la ausencia de normas (a: sin; nomia: norma) (Morrison, 1995). La **teoría de anomia** se basa en la perspectiva estructural funcionalista desarrollada por este

autor, que postula que la sociedad no es la mera agregación de sus integrantes sino que es una estructura en la cual los individuos cumplen funciones específicas. La sociedad es una entidad transindividual y el individuo un ser que debe ser socializado con el fin de que cumpla su función dentro de dicha estructura. Según la teoría de la anomia, la conducta al margen de la ley obedece a una falla en el proceso de socialización, tarea que le corresponde a las instancias encargada de la transmisión de un código normativo común que asegure que cada individuo cumpla su función dentro de la sociedad, tales como la familia y la escuela. Debido a que la conducta delictiva constituye una conducta desviada en lo que a las normas de la sociedad se refiere, el individuo desviado debe ser “reeducado” o “rehabilitado” para que asuma las normas básicas indispensable para el cumplimiento de los fines de la sociedad (Morrison, 1995). Ya que no todos los niños y niñas que observan este tipo de modelos presentan estas dificultades. Otros factores, como los valores socioculturales, la identificación personal con el agresor y la justificación del acto agresivo, han sido tenidos en cuenta al estudiar la relación entre observación de conducta agresivas y su imitación (Peña et al., 1999; Pérez et al., 2005).

1.2.7.4. Teoría psicoanalítica y la agresión

De acuerdo a la teoría psicoanalítica de Sigmund Freud, la estructura de la mente gira en torno a tres instancias: El Yo, el Superyó y el Ello. El superyó es la instancia psíquica que refleja el seguimiento de las normas y los parámetros sociales, mientras que el ello busca la satisfacción de las pulsiones sexuales y agresivas del individuo. El Yo, por su parte consciente que intenta conciliar las dos fuerzas anteriores, con el fin de que el individuo pueda satisfacer sus pulsiones sin sentirse culpable por la influencia del Superyó. De esta manera, a lo largo de su desarrollo, el individuo aprende a satisfacer sus pulsiones de manera socialmente correcta, minimizando o neutralizando la ansiedad que le generaría su satisfacción sin límites. Según la misma teoría. Las pulsiones sexuales y agresivas por lo común son reprimidas por la psique del individuo, pero pueden emerger de manera inconsciente reflejándose en su vida mental y en su comportamiento (Larsen & Buss, 2005).

De acuerdo con esta teoría, la psicopatía es una perturbación caracterológica resultante de la inadecuada construcción del Superyó durante su infancia. En este estado de cosas, el individuo puede satisfacer sus pulsiones sexuales y agresivas con escasos sentimiento de culpa, debido a que sufre las influencias del Superyó que le generarían ansiedad en condiciones normales. Esto explicaría la falta de remordimientos propios de las persona psicópatas y su tendencia a realizar acciones irresponsables, así como sus dificultades para considerar emociones y sentimientos de los demás. Según Kernberg(1988), la psicopatía es una personalidad antisocial que se caracteriza por presentar una estructura narcisista, con rasgo como grandiosidad, dependencia de la admiración de otros y superficialidad emocional. Además, tiende explotar a los demás, ser poco empático con pocos sentimientos de culpa.

Capítulo II

Ira Hostilidad y Agresión

2.0.-El síndrome de la Ira – hostilidad – agresión

Definir y conceptualizar la ira con precisión se convierte en un trabajo básico y primordial para la investigación de esta emoción, puesto que como recuerda Berkowitz (1999; Berkowitz y Harmon-Jones, 2004), el término de ira ha tenido múltiples significados en la investigación psicológica, al igual que en el lenguaje cotidiano, refiriéndose tanto a sentimientos, como a reacciones corporales o fisiológicas, o como a actitudes hacia otras personas.

A pesar de todo ello, parece consolidado entender la ira como una de las emociones básicas, y así está asumido por la gran mayoría de autores (p.ej. Ekman, 1984; Frijda, 1986; Izard, 1977; Plutchik, 1980; Weiner, 1986). Al tratarse de una emoción, el estudio de la ira se ve sujeto a las características que definen las respuestas emocionales, y por ello es necesario, antes de definir la ira, reconocer, al menos brevemente, en qué términos podemos conceptualizar y entender una emoción. En este sentido, el afecto, o la estructura afectiva de las emociones se convierte en un elemento fundamental del análisis científico de las mismas. La dimensión placer-displacer se presenta como una variable básica del afecto, pero también los niveles de activación psicofisiológica juegan un rol importante en el afecto y la emoción. Russell y Feldman Barrett (1999) recogen como algunos importantes trabajos dan descripciones alternativas para dimensiones similares que definirían las respuestas emocionales y que son el “placer-displacer” y la “activación-desactivación”. Estas dos dimensiones de la activación-desactivación del afecto se derivan consecuencias como la aproximación o la evitación ante estímulos. Las emociones se pueden entender como predisposiciones hacia la acción, y en este sentido, el afecto, que se ha desarrollado a través de procesos de adaptación y selección natural (Cacioppo, Gardner y Berntson, 1999), podría modular esa predisposición hacia la acción favoreciendo la aproximación o la evitación ante estímulos. En relación a la estructura afectiva de la emoción que nos ocupa, la ira, son varios los autores que coinciden en señalar el alto afecto negativo que ésta posee, y más exactamente se señala el displacer como uno de los elementos básicos.

2.1. – Definición de Ira:

Es el componente emocional o afectivo del constructo y hace referencia a una emoción displacentera formada por sentimientos de intensidad variable, conlleva una experiencia subjetiva como son los pensamientos y sentimientos, una activación fisiológica y neuroquímica y un determinado modo de expresión o afrontamiento.

La desencadenan situaciones relacionadas con condiciones en las que las personas son heridas, engañadas, traicionadas, y que tienen que ver con el ejercicio de control físico o psicológico en contra de la propia voluntad o que impide el alcanzar una meta a la que la persona considera que tiene derecho (Iacovella y Troglia, 2003).

2.1.1. El componente subjetivo o experiencia de ira,

La ira puede variar en intensidad desde irritación leve a rabia, siendo más intensa cuando hay baja tolerancia a la frustración. La experiencia de ira se estudia a partir de dos manifestaciones, estas son ira estado e ira rasgo (Spielberger, Johnson, Russell, Crane, Jacobs y Worden, 1985):

La Ira Estado es la experiencia temporal de sentimientos subjetivos de tensión, enfado, irritación, furia, en respuesta a diferentes eventos, esta va acompañada de incrementos en la activación fisiológica.

La ira rasgo hace referencia a la disposición a experimentar estos episodios de ira de forma más o menos frecuente y/o intensa, ya sea por percepción de un amplio rango de situaciones como provocadoras, por predisposición a experimentar elevaciones más intensas o interacciones de ambos.

La ira estado y rasgo están relacionadas íntimamente, caracterizándose el incremento de activación fisiológica que producen por la activación del sistema nervioso autónomo, el sistema endocrino, tensión muscular y cambios respiratorios.

En cuanto al Modo de Afrontamiento o Expresión de Ira, hay dos modos básicos de expresión de ira, la ira interna y la ira externa (Spielberger, Johnson, Russell, Crane, Jacobs y Worden, 1985).

- Ira interna: Es la tendencia a suprimir los sentimientos de enfado y los pensamientos que se experimentan no expresándolos de forma abierta, sería el esfuerzo por parte de la persona para que el enfado no sea observable.
- Ira externa: Esta se refiere a la tendencia a manifestar abiertamente los sentimientos de ira que la persona experimenta, hay dos formas principales de expresión de la ira externa, estas son:
 - Forma comunicativa o asertiva, que incluiría expresiones no amenazantes de los sentimientos de ira o formas socialmente adecuadas de expresarla.
 - Forma Agresiva, esta incluiría la expresión de la ira con el propósito de infligir daño.

Johnson (1990) distingue entre tres estilos diferentes de afrontamiento para disminuir las sensaciones displacenteras de la emoción de ira, estos son:

- La Supresión de Ira (*Anger-In*): En este estilo la persona afronta la situación reprimiendo la expresión verbal o física.
- La Expresión de la Ira (*Anger-Out*): Aquí la persona manifiesta conducta airadas, verbales o físicas, hacia otras personas y/u objetos, pero sin intención de producir daño.
- Control de la Ira (*Anger-Control*): Este estilo se caracteriza porque la persona intenta canalizar su energía emocional proyectándola hacia fines más constructivos, para llegar a una resolución positiva del conflicto.

2. 1.2. La hostilidad:

Es el componente cognitivo del constructo, estaría formada por creencias, expectativas y actitudes negativas duraderas y estables sobre la naturaleza humana y las cosas.

Como principales creencias se encuentran el cinismo y las atribuciones hostiles, pensamientos acerca de que las demás personas son mezquinas, egoístas, deshonestas, antisociales e inmorales, con lo que para estas personas con hostilidad el resto de personas constituyen una fuente de amenaza percibiéndolas como antagónicas y amenazantes (Barefoot, 1992).

Otras creencias serían el considerar que todo lo que uno hace, piensa y dice es correcto, que los recursos disponibles son escasos y finitos y hay que “luchar” con los demás para poder cubrir las necesidades.

Además suelen aparecer expectativas negativas como desconfianza o sospecha y una actitud negativa caracterizada por enemistad, negativismo y resentimiento (Barefoot, 1992).

Quienes muestran hostilidad tienden a esperar lo peor de los demás y estar siempre a la defensiva creando ambientes en los que predomina la competitividad y la tensión, con lo que estas personas perciben el ambiente como una lucha incesante para lograr sus objetivos, para lo que tiene que permanecer constantemente en alerta en el caso de que los demás lleven a cabo conductas malintencionadas con el fin de que les impidan conseguir su propósito; esto va a llevar a sentimientos de ira en estas personas y el que estén en constante hipervigilancia les va a hacer más propensos a padecer una enfermedad cardiovascular.

2.1.3. La agresión:

Hace referencia al componente conductual del constructo, aquí se incluiría la agresión, que se refiere a la conducta abierta, definida típicamente como acciones de ataque o conductas abiertamente destructivas o punitivas, dirigidas hacia otras personas u objetos en el entorno. Estas conductas suelen ir acompañadas por

cambios en la expresión facial, el tono y el volumen de voz, la postura y el movimiento, pudiendo estos cambios ser observados directamente (Iacovella y Troglia,2003).

La agresión puede tomar otras formas como son las verbales, en insultos, sarcasmos o formas agudas antagónicas o de oposición y falta de cooperatividad. Dentro de este componente se podría distinguir entre agresión hostil e instrumental que serían:

- Agresión Hostil: Comportamiento agresivo (físico o verbal) motivado por sentimientos de rabia.
- Agresión Instrumental: Comportamiento agresivo dirigido hacia un obstáculo que se interpone entre el agresor y la meta, pero no está motivado por ira.

Capítulo III

La Psicoterapia Cognitiva Conductual

3. Terapia cognitiva-conductual

La terapia cognitiva – conductual surgió en los años 60 a partir de diversos cambios sociales y científicos, entre ellos la concepción de la mente como un procesador de información, a raíz de la teoría de la comunicación y la informática. De hecho, una parte importante de la psicología cognitiva estudia el proceso mental mediante simulaciones informáticas e investigación centrada en la inteligencia artificial. También incluye un gran conjunto de técnicas conocidas como reestructuración cognitiva.

A pesar de existir distintas explicaciones acerca de lo que es la Terapia Cognitiva y qué tipo de técnicas y estrategias se puede incluir en su amplio espectro, hoy se puede considerar a la Terapia Cognitiva de Ellis y Beck, a los modelos Cognitivo-Conductuales, y la perspectiva Construccionalista como intervenciones que caben dentro de este alero conceptual (Caro, 2002).

En la actualidad se entiende a la terapia cognitiva como una: “psicoterapia estructurada, con límite de tiempo, orientada hacia el problema y dirigida a modificar las actividades defectuosas del procesamiento de la información evidentes en los trastornos psicológicos como la depresión, las fobias y los trastorno de conductas antisocial, el terapeuta y el paciente colaboran en identificar cogniciones distorsionadas, que se derivan de los supuestos o las creencias desadaptativas. Estas cogniciones y creencias están sujetas al análisis lógico y la comprobación empírica de hipótesis, lo que conduce a los individuos a realinear su pensamiento con la realidad.” (Clark, 1995, citado por Caro, 2002).

Así, la terapia cognitiva, es un procedimiento activo, directivo y estructurado y de tiempo limitado que se utiliza fundamentalmente para tratar diversas patologías, entre ellas la ansiedad, fobias, problemas referentes al dolor y por último, la depresión y otros.

Esta teoría se basa principalmente en que los efectos y conducta de un sujeto está determinada en gran medida por la forma de conceptualizar el mundo, estas cogniciones

se basan en las actitudes o supuestos que los sujetos han experimentado o vivenciado con anterioridad y que se han internalizado en su estructura mental (Beck, Emery, Rush, Shaw. 2002).

3.1. ¿Qué es la terapia cognitiva conductual?

Para el terapeuta chileno Alfredo Ruiz (1994) “La terapia Cognitiva conductual postula, básicamente, que el ser humano se perturba o tienen problemas emocionales, porque al interpretar en forma errónea la realidad llega a conclusiones equivocadas. Estas conclusiones van a determinar sus emociones y conductas”.

El objetivo de la terapia cognitiva-conductual es poder delimitar y poner a prueba las creencias falsas y los supuestos desadaptativos. El método consiste en experiencias de aprendizaje específico dirigido a enseñar a los pacientes las siguientes operaciones (Beck et al. 2002):

Control de los pensamientos automáticos negativos. Identificación de la relación entre cognición, afecto y conducta.

- Examinar la evidencia a favor y en contra de sus pensamientos distorsionados.
- Sustitución de cogniciones desviadas por interpretaciones realistas.
- Aprender a identificar las creencias falsas.

3.1.1. Terapia cognitiva desde la perspectiva de Aarón Beck.

Como se dijo antes, que caben dentro del resguardo conceptual de Terapia-Cognitiva varias propuestas teóricas, se ha elegido el planteamiento de Beck como línea orientadora, pues sus supuestos y prácticas son las que hoy guían el desempeño de muchos profesionales de salud mental que avalan este abordaje. (Ruiz, 1994) Tras varios años de estudios Aarón Beck no pudo demostrar la idea que proponía Freud, a raíz de esto abandonó la mirada psicodinámica de la

depresión, concluyendo, que las personas depresivas no buscaban el fracaso, sino que son incapaces de reconocer el éxito (Ruiz, 1994).

Beck, logró establecer que la visión negativa que las personas depresivas tienen de sí mismas, del mundo y de su futuro, suelen presentar errores que son predecibles y que son reflejo de la forma en cómo estructuran su realidad. (Ruiz, 1994).

Así lo medular de la propuesta de Beck, estriba en ayudar a los pacientes que sufren depresión cambiando los errores que provienen de su manera de pensar, o mejor dicho es cambiando la forma en cómo piensan, centrándose en las emociones negativas o en el ánimo depresivo. (Ruiz, 1994).

3.1.2. Diferencia entre el modelo de terapia cognitiva y el modelo de la psicología cognitiva

Es una terapia psicológica (no debe confundirse con la psicología cognitiva). Para la psicología cognitiva, los problemas mentales y emocionales tienen origen en procesos psicológicos no observables exteriormente, denominados por la Terapia Conductista "caja negra". Si bien puede parecer un punto de vista extremo, la versión más radical es actualmente rechazada, sin embargo, a partir de esos primeros intentos ha surgido un cuerpo importante de conocimiento científico; por ejemplo en torno al proceso cognitivo del estrés, el razonamiento y psicobiología.

La verdadera diferencia entre la terapia cognitiva y la cognitivo-conductual radica en el nivel de inferencia y enfoque teórico de partida, manteniendo cada uno distintos axiomas. El enfoque cognitivo considera que dentro del proceso cognitivo pueden localizarse explicaciones sobre la conducta basadas en la propia cognición. Desde el enfoque cognitivo-conductual (muy especialmente el conductual) la explicación de la conducta sólo puede sustentarse en el medio y no en conceptos intrapsíquicos (dentro de la mente). Se mantienen por tanto distintos axiomas de partida. Como referencia a esta explicación puede consultarse la obra de *Rocío Fernández Ballesteros*, si bien ciertamente no todos los autores hacen este tipo de

distinciones, ya que resulta complejo discernir lo cognitivo y lo conductual cuando ambos pueden estar realizando técnicas similares pero desde distintos enfoques teóricos. Además, la práctica clínica suele presentar muchas semejanzas con independencia del enfoque teórico de partida, dada una realidad social común.

La **terapia cognitiva**, como aplicación de la psicología cognitiva, mantiene una concepción psicológica centrada en los procesos mentales (como el razonamiento, memoria y atención) y desde un punto de vista intrapsíquico (entendiendo que existe algo dentro de la mente comparable de unas personas a otras). Por ejemplo, ha sido fructífero en la creación de test/cuestionarios en este sentido, con múltiples aplicaciones de diversa índole.

La **terapia de conducta**, sin embargo, no se centra en el proceso mental, sino en la conducta (entendida ésta como una acción de ajuste interdependiente con el medio y no tan sólo una respuesta motora). Por esta razón la terapia de conducta no encaja con interpretaciones intrapsíquicas que sí tiene la terapia cognitiva, ya que desde este modelo tan sólo el ambiente determina la conducta; de modo que los conceptos cognitivos ayudarían a entender la conducta, pero no podrían explicarla.

En realidad, resulta complejo diferenciar cuando una técnica cognitiva es independiente a la terapia de conducta, ya que comparten un método científico por parte de la psicología. De hecho, las intervenciones cognitivas suelen tener consecuencias conductuales y a la inversa, como opinan prestigiosos autores de ambos enfoques; por lo que la principal diferencia de ambas escuelas radica en la concepción teórica de la mente, aunque puedan realizar técnicas similares (por ejemplo Albert Bandura con su Teoría del Aprendizaje Social o Aaron T. Beck con su famosa Terapia Cognitiva). Incluso la reestructuración cognitiva ha sido investigada desde la terapia de conducta con importantes aportaciones teóricas y prácticas, entendiéndola como el moldeamiento de la conducta verbal.

3.1.3. Tipos de psicoterapias cognitivas

El proceso psicoterapéutico que experimentará el sujeto puede tomar muy distintas formas según las necesidades reconocidas por el psicoterapeuta y el proceso metodológico. Estas psicoterapias no son "técnicas", sino ciencia aplicada, por lo que suelen constar de un método más o menos definido para lograr unos objetivos según su enfoque teórico de partida.

Existen distintas psicoterapias cognitivas: las más conocidas son (con sus respectivas variantes para cada psicopatología) la terapia de Beck (Aaron T. Beck, centrada en los "*pensamientos automáticos y distorsiones cognitivas*"), y la Terapia Racional Emotivo Conductual de Ellis (Albert Ellis, centrada principalmente en las "creencias irracionales". También existe un conjunto de técnicas, estrategias terapéuticas y metodología propias de estas psicoterapias, que procuran ajustarse al método científico de sujeto único (N=1). El principal método terapéutico empleado por Beck es el "Empirismo Colaborativo", en cambio, Ellis utiliza como principal herramienta terapéutica el "Dialogo o Debate Socrático", el cual se encuentra apoyado en el Racionalismo.

Un gran conjunto de síntomas clínicos pueden ser explicados a través de la cognición, por ejemplo el estrés psicosocial, la depresión, la ansiedad social, las fobias específicas, los trastornos de adaptación, los trastornos de personalidad, entre otros.

Ellis en su cuestionamiento ha cerca de la teoría se centraban en la excesiva pasividad del terapeuta y del paciente y la lentitud del procedimiento. Para ello acercó más su labor psicoterapéutica a un enfoque. Pero aún así, observó que sus pacientes se solían estancar en la mera comprensión de su conducta ("Insights") sin que la modificasen necesariamente. En este punto empezó a buscar métodos más activos en la teoría del aprendizaje y las técnicas de condicionamiento. Sus resultados mejoraron aún más. Pero no estaba todavía satisfecho del todo.

Fue en 1955 cuando comenzó a desarrollar su enfoque racional-emotivo de la psicoterapia. En 1958 publicó por primera vez su famoso modelo A-B-C para la terapia, donde exponía que los trastornos emocionales derivaban de un continuo

"auto-doctrinamiento" en exigencias irracionales. La terapia tenía así como fin, no solo tomar conciencia de este auto-doctrinamiento en creencias irracionales, sino también en su sustitución activa por creencias más racionales anti-exigenciales y anti-absolutistas y su puesta en práctica conductual mediante tareas fuera de la consulta.

Entre 1950 y 1965 publica una serie de obras centradas preferencialmente en el área sexual (p.e "sexo sin culpa", 1958, "Arte y Técnica del Amor", 1960 y "La enciclopedia de la conducta sexual", 1961), que le hicieron ocupar un lugar relevante en este área.

También en 1962 publica su primera obra relevante en el campo de la psicoterapia ("Razón y Emoción en Psicoterapia") donde expone extensamente su modelo de la terapia racional-emotiva. A partir de los sesenta, Ellis se dedicó a profundizar y ampliar las aplicaciones clínicas de su modelo, publicando una gran cantidad de obras, que tenían como eje central convertirse en "métodos de autoayuda".

3.1.4. Aspectos sobre las técnicas de manejo de la ira

Como ya se ha señalado anteriormente, la prevención y el tratamiento de los problemas derivados de una alta frecuencia e intensidad de la ira se vuelve especialmente relevante debido al impacto negativo que dicha emoción puede alcanzar tanto en la salud física como en la salud mental del individuo, así como en su ajuste social. Desde los años noventa, la validación de tratamientos centrados en la regulación de la ira ha sido amplia, realizándose habitualmente desde un enfoque netamente cognitivo-conductual aunque adaptándose distintos modelos y poniéndose en práctica con distintas poblaciones.

Una concienzuda revisión de la eficacia de estos tratamientos realizada a finales de los años noventa (Beck y Fernández, 1998) y mostraba la dificultad de definir intervenciones contundentemente válidas, encontrándose en la escasa validez del constructo en algunos estudios, así como la amplitud de las muestras y de la

edad objetivo, o la ausencia de categorías diagnósticas específicas para la ira (Lench, 2004), algunas de las razones para los resultados no sean contundentes.

Aun así se pueden presentar algunas propuestas que sí han aportado reiteradamente resultados eficaces. A continuación se presentarán las características de algunos de éstas técnicas de intervención en ira y también los programas de prevención primaria y tratamiento en la infancia por ser este uno de los más eficaces caminos para reducir las consecuencias negativas de la ira. Por último, de acuerdo con Fernández-Abascal y Palmero (1999), es importante establecer la distinción entre la intervención en “estrategias de choque” ante la respuesta de ira,

Control de ira de Novaco (1975). Mantener una orientación hacia la tarea antes que hacia la provocación y centrarse en uno mismo ayudará a disminuir ira ante la provocación. En ocasiones, se percibe un incidente como un desafío o enfrentamiento, lo que lleva a la persona a tomar decisiones en una dirección agresiva o defensiva, mientras que si se tiende a focalizar la atención en la tarea a realizar y los objetivos en los que se está trabajando en ese momento, se tomarán decisiones que conseguirán resolver el problema

Control de ira de Deffenbacher (1994). *Aumentar la conciencia del déficit.* Los pacientes con altos niveles de ira a menudo revelan una falta de conciencia que resulta especialmente importante para un buen manejo de la ira. Para aumentar respuestas que conduzcan al empleo de habilidades de afrontamiento para reducir o controlar la ira es necesario que el paciente tome conciencia de la respuesta airada que está dando, y para ello hay que favorecer la realización de preguntas del tipo “¿qué es lo que estoy haciendo?” o “¿cómo estoy respondiendo?” o “¿realmente es esto lo que yo quiero?” o “¿merece la pena cabrearme tanto?”. En definitiva se trata de que el paciente desarrolle una sensibilidad especial a su respuesta de ira que le permita empezar a ponerle freno cuanto antes.

Control de ira en niños, una revisión de los estudios que sobre este tipo de tratamientos se han publicado en los últimos veinticinco años muestra la eficacia de

algunas intervenciones, en formato de programa, realizadas con niños de edad infantil y primaria.

Mytton, DiGuseppi, Gough, Taylor y Logan, 2004). Esta revisión evidencia como los programas de tratamiento pueden centrarse, además de en la propia conducta agresiva, en la respuesta emocional de ira, coincidiendo, de hecho, que los programas que añaden a la agresión la ira como objetivo de tratamiento son algunos de los que mejores resultados presentan en las escuelas de primaria.

STAXI 2, Son programas específicos para el manejo de la ira y han mostrado cierta eficacia en la reducción de la frecuencia de la conducta disocial y su manejo incluye el control de impulsos, la regulación emocional y la interacción social adecuada.

A partir del programa presentado, se muestra resumen de los pasos a seguir en el control de la ira podría ser el siguiente:

- Cuidar la propia autoestima cuidando las elecciones que el propio individuo toma
- Mantener una orientación hacia la tarea.
- Identificar escenarios y secuencias habituales de la ira Identificar las primeras sensaciones (fisiológicas y/o cognitivas) de ira.
- Reducción de activación fisiológica.
- Revaloración de la relevancia de la situación, la atribucionalidad externa y de los recursos de afrontamiento.
- Expresión de deseos personales en términos de deseos individuales.
- Refuerzo de autocontrol percibido.

3.1. 5. Modelo de intervención cognitivo conductual para niños y adolescente con trastorno de Conducta Disocial

Hay estudio que muestran que los niños y niñas con trastorno disocial presentan una serie de dificultades en el procesamiento de la información social y

déficit en resolución de problemas, que podrían explicar sus conductas agresivas con sus pares y otras personas. Los programas de intervención cognoscitiva buscan subsanar los déficit y distorsiones en la cognición social y resolución de problemas que presenta los niños, niñas y adolescente con trastorno disocial, por lo que implementa a partir de los años escolares, cuando los niños presentan el suficiente desarrollo lingüístico y cognoscitivo que permita intervenir sobre este tipo de habilidades. Para los niños y niñas en edades preescolares que presentan problemas de comportamiento, se recomienda el entrenamiento de padres y las técnicas de modificación de comportamiento (Frick, 2001; Rappaport & Thomas, 2004) se recomienda que los grupos sean pequeño con el fin de evitar conductas agresivas durante la sesión (Frick, 2001).

Los programas de tratamiento cognoscitivo conductual varían en el tipo de habilidades de resolución, el entrenamiento en habilidades sociales, el entrenamiento, en control de la ira y los programas que combinan los anteriores componentes, como el Programa de Pensamiento Prosocial.

3.1.6. Entrenamiento en habilidades de solución de problemas

El entrenamiento en habilidades de de solución de problemas fue desarrollado Spivack y Shure (1974) y parte de la base de que los niños y niñas agresivos presentan un déficit en este tipo de habilidades debido a que han estado expuestos crónicamente a modelos agresivos de resolución de conflictos (i.e. maltrato infantil, observación de violencia entre los padres, observación de violencia en el sector de vivienda o en medio masivos de comunicación) que los lleva a preferir este mecanismo sobre otras alternativas prosociales (Rappaport & Thomas, 2004; Thornt et., al 2001). El entrenamiento implica que los participantes aprenden la siguiente secuencia de resolución de problemas.

1. La definición del problema, es decir la determinación del estado actual y el estado deseado meta.

2. La evaluación de la naturaleza y la magnitud del problema, lo cual involucra determinar las circunstancias o fuerza que obstaculizan el logro de la meta y las que ayudarían a alcanzarla, jerárquicamente esta última.
3. La formula de alternativa de solución, entendiéndose como alternativas aquellas podrían potenciar las circunstancias o fuerzas a favor y contrarrestar las fuerzas en contra.
4. Toma de decisiones que consiste en seleccionar e implementar la alternativa más adecuada, luego de examinar cual es más potencial la fuerzas a favor y contrarrestar las fuerzas en contra.
5. Evaluación de resultados, con base en criterios objetivos de éxito y los resultados obtenidos.
6. Spivack y Shure (1974) consideran importancia que los participantes aprendan a definir con especificidad los problemas, evitando ambigüedades y generalidades, ya que ello permite determinar con mayor precisión la meta y las alternativas que se podrían implementar.

Las siguientes son otras habilidades que se pueden trabajar en este tipo de tratamiento, según Herbert (1988):

1. Sensibilidad a los problemas, es decir, las habilidades para saber cuándo se presenta un problema o cuando podría presentarse.
2. Pensamiento de soluciones, o sea, la capacidad de imaginar la mayor cantidad posible de alternativa de solución a un problema.
3. Una habilidad de este tipo que se puede implementar en grupo, es la “lluvia de ideas”, en la cual se generan tantas alternativas como sea posible en una fracción de tiempo predeterminada, sin descartar ninguna inicialmente y con la posibilidad de clasificarlas de acuerdo con varios criterios (por ejemplo, su grado de claridad, su utilidad, etc.).

4. El pensamiento de consecuencia, es decir, la habilidad de vislumbrar los efectos de los actos personales sobre otras personas.
5. El pensamiento causal o capacidad de apreciar las causas de las acciones de los demás.

El programa de tratamiento diseñado por Spivack y Shure (1974) mostró resultados satisfactorios con niños en edad escolar en diferentes áreas de funcionamiento. Según Rappaport y Thomas (2004), este tratamiento se ha comparado con otros tratamientos, con grupos placebo y con grupo control, mostrando efectos positivos sobre la competencia social y disminución de la conducta agresiva, inclusive un año después de la intervención.

Una variante interesante de este programa consiste en entrenar a los padres juntos con sus hijos para la adecuada resolución de problemas paterno –filiales, de manera semejante al entrenamiento de las habilidades de resolución de problemas que se lleva en la terapia de pareja (Jacobson & Margolin, 1979). En este tipo de tratamiento se le enseña a los padres a dialogar con sus hijos con el fin de generar alternativas de solución a los problemas que éstos presentan, llegando a acuerdo conjuntos para la resolución.

3.1.7. Entrenamiento en habilidades sociales

Este programa de tratamiento parte de la base de que los niños y niñas con problemas de comportamiento presentan déficits conductuales y cognitivos en sus habilidades sociales (Renk, 2008). Como señalo anteriormente, los niños y niñas con trastorno disocial por lo común son rechazados por sus pares debido a estos problemas de comportamiento (Harrington & Maskey, 2008; Hill, 2005), por lo que con este entrenamiento se busca que mejoren sus relaciones interpersonales.

En este tratamiento las habilidades se trabajan por medio de la ya reseñada metodología de aprendizaje estructural. El “Programa de Habilidades de Interacción Social” (PEHIS) de Monjas (1999), utilizan esta metodología para enseñar a niños y niñas en edad escolar las siguientes habilidades básicas: pedir favores, expresar

quejas, dar y recibir elogios, expresar emociones, escuchar e iniciar, mantener y finalizar una conversación. Si bien, este programa va dirigido a niños y niñas con déficit en habilidades sociales, ha sido implementado en niños y niñas con problemas de agresividad, junto con entrenamiento, de padres, mostrando reducción en su conducta agresiva comparados con un grupo control, ambos asignados aleatoriamente (Marin & Sarmiento, 2003).

El programa ART (“Agresión Replacement Training”), de Goldestein, Glick y Gibbs (1998), por su parte, utilice la misma metodología para enseñar a los adolescentes las siguientes habilidades sociales básicas y avanzadas: expresar quejas, comprender los sentimientos de los demás, prepararse para una conversación difícil, tratar con alguien enojado, mantenerse alejado de las peleas, ayudar a otros, afrontar una acusación, enfrentarse a la presión de grupo, expresar afecto y manejar el fracaso.

El programa se desarrolla durante diez semanas con tres sesiones semanales e incluye el entrenamiento en control de la ira que se describe en siguiente apartado y , dilemas morales con el fin de que los participantes aprendan a responder apropiadamente ante situaciones reales, con base en las habilidades sociales que se le ha enseñado.

Como se puede dilucidar, el entrenamiento en habilidades sociales pueden ayudar a reducir problemas de conductas, pero es más apropiado que se implemente junto con otros componentes, debido a que los déficits conductuales y cognitivos que presentan los niños y niñas y adolescente con este tipo de dificultades, abarca otros aspectos como resolución de problemas el razonamiento moral y el manejo de la ira.

3.1.8. Entrenamiento en control de la ira o en autocontrol emocional

Los estudios demostrado por Dodge y sus colegas (Dodge, 1993; Dodge, Pittit & Bates, 1997), señalan que los niñas y niños con problemas de agresividad tienden a interpretar erróneamente las intenciones de los otros niños y a responder

agresivamente ante estas amenazas percibidas, lo cual se debería al ambiente sociofamiliar al cual ha estado expuesto desde su primera infancia, en donde un vínculo materno – filial inseguro, los malos tratos físicos y la observación de violencia entre los padres, producirían una visión hostil de mundo social y tendencia de respuesta agresiva.

Frick (2001) ha señalado, en este sentido, que los individuos con trastorno disocial “principalmente impulsivo” se caracterizan por una tendencia a reaccionar con ira antes situaciones de gran excitación emocional, ya que no solo tienen un gran susceptibilidad ante ese tipo de situaciones sino que presentan déficits en el manejo de la ira.

Estos hallazgos y consideraciones teóricas referentes al entrenamiento en el control de la ira para niños, y adolescentes con desorden de conducta de tipo agresivo. Este programa es desarrollado originalmente por Novaco (1975) y adaptado para adolescente varones por Feindler,

Ecton, Kingsley y Dubey (1986), en el Programa del Arte de Autocontrol” (Art of Self – Control Program).

El entrenamiento en control de la ira desarrollado por Novaco (1975) presenta fundamentalmente dos fases generales: una educativa y la otra de aprendizaje y aplicación de técnica para el manejo de la ira. El objetivo de la fase educativa es que el participante aprenda a identificar cuando esta iracundo y las situaciones que evoca esta reacción emocional. Para ello se le enseña las principales manifestaciones de la ira, es decir, sus indicadores conductuales (por ejemplo, fruncir el ceño, apretar los dientes, arquear los hombros, etc.), cognitivos (por ejemplo, pensamientos negativos sobre la situación) y fisiológico (por ejemplo, aumento en el ritmo respiratorio y cardiaco, enrojecimiento en la cara, etc.).

Posteriormente se le enseña a identificar las situaciones y las apreciaciones que generalmente le producen ira, para lo cual se le pide que haga una lista de estas situaciones y apreciaciones personales. Si no las recuerda le invita a registrarlas en

un hoja en el transcurso de una dos semanas. De esta manera el participante aprende tanto las señales de esa reacción emocional, como las situaciones y valoraciones que constituyen los disparadores de su ira.

En la segunda fase del programa se le enseña al participante técnicas para manejar fisiológica, conductual y cognitivamente la respuesta emocional. Las cuales debe implementar para prevenir o para reducir dicha respuesta, evitando reaccionar con agresividad ante las situaciones que la generan, actuando en cambio, de manera asertiva, socialmente. Entre estas técnicas se puede mencionar la siguientes: (se sugiere consultar el libro “Técnica para el control del comportamiento agresivo” de H. D. Weisinger, 1988, para descripción más completa de estas técnicas).

Capítulo IV

Metodología

4 -Metodología

4.1. Planteamiento del problema

Esta investigación va dirigida a una intervención con la cual se espera disminuir la agresividad a través del manejo de la ira con el programa de psicoterapia cognitiva conductual. El programa tiene la finalidad de disminuir el comportamiento agresivo a través del entrenamiento en el manejo de la ira en los niños y los prepúbers con trastorno de conductas disocial.

Buscamos enseñarle a los jóvenes con este programa, medios alternativos con el fin que aprendan a tratar conflictos y manejar sentimientos inadecuados, para ayudarlos ser mejores personas en la sociedad.

¿Disminuirá la psicoterapia cognitiva conductual, la agresividad en los niños y prepúbers con trastorno de conductas disocial de la Escuela República del Paraguay del corregimiento de Barrio Norte de la Ciudad de Colón?

4.2. Justificación

Este trabajo se realiza con el propósito de aportar alternativas desde el punto de vista psicológico para combatir la violencia en nuestro país y en particular nuestra provincia (Colón).

La tasa de homicidios en Panamá pasó de 10 por cada 100 mil habitantes en 2002 a 23.4 por cada 100 mil personas en 2009, lo que colocó al país entre las naciones con altos índices de violencia, reveló una fuente oficial(dijo el jefe del Observatorio del Sistema Nacional de Estadísticas Criminales de Panamá (SIEC), Omar Blandón.

'Esto nos pone ahora mismo tocando las puertas de países que tienen una tasa de homicidios muy alta como Colombia, Venezuela, Honduras y El Salvador', dijo el jefe del Observatorio del Sistema Nacional de Estadísticas Criminales de Panamá (SIEC), Omar Blandón.

Durante su participación en un simposio sobre causas y consecuencias del incremento de violencia en Panamá, Blandón indicó que los homicidios son el factor que más incide en la percepción de inseguridad entre la población.

Precisó que en 2002 se registraron alrededor de 360 homicidios, mientras que la cifra se disparó a 817 en 2009 (Información obtenida del Siglo de Panamá).

En los primeros meses del año 2010 han murieron 60 menores víctimas de la violencia. Sólo en el mes de septiembre fueron seis menores asesinados por conflictos pandilleros.

Durante el décimo mes (oct.) del año 2011(hasta las primeras horas de la tarde del 31) se habían registrado en el país 51 homicidios, dos menos si los comparamos con los 53 que registraron El periódico Mi Diario (Cifras no oficiales indica el periódico. Fecha de publicación 1 de Noviembre de 2011).

Como ha sido una constante en el resto del año, los crímenes con armas de fuego son los que siguen prevaleciendo en Panamá.

De los 51 que se cometieron el pasado mes 36 fueron por ese método, mientras que debido a armas blancas perecieron 10 uno más con objeto contundente y en cuatro de los casos no se especificó el arma.

Elegimos el modelo de La psicoterapia cognitiva conductual, porque consideramos que ofrecen alternativas para ayudar a los niños y prepúbers con trastorno de conductas disociales a manejar su ira, ya que la ira en los niños y adolescentes con trastorno disocial puede llevarlos a la violencia y así cometer asesinatos.

El programa de psicoterapia cognitiva conductual se caracteriza porque es uno de los programas que se adapta mejor a los problemas emocionales y de tipo conductual. Consiste en un conjunto de estrategias cognitivas, emocionales y conductuales que permite que las personas identifiquen sus sentimientos y así puedan afrontar y cambiar sus pensamientos y sus conductas inapropiadas.

La ira manejada inadecuadamente puede afectar las relaciones interpersonales, las relaciones laborales y de pareja, en el caso de los niños o prepúbers puede deteriorar las relaciones con sus familiares, padres, maestros y pares. Cabe señalar que la ira aumenta la agresividad.

4.3. –Preguntas de investigación

¿La intensidad de la ira disminuirá en los grupos de niños y prepúbers con trastorno de conductas disocial quienes recibirán el tratamiento de la psicoterapia cognitiva conductual en la Escuela República del Paraguay del corregimiento del barrio norte de la ciudad de Colón?

¿Habrá diferencia significativa entre el grupo experimental y grupo control de niños y prepúbers con trastorno de conducta disocial en el control y expresión de la ira de la Escuela República del Paraguay después de la intervención con la psicoterapia cognitiva conductual?

¿La psicoterapia cognitiva conductual será eficaz en el tratamiento del manejo y control y expresión de la ira en niños y adolescentes con trastornos disocial de la Escuela República del Paraguay?

4.4. – Objetivo General

- Evaluar la efectividad del Programa psicoterapéutico cognitivo conductual en la disminución de la agresividad a través del manejo y control expresión adecuado de la ira en la Escuela República del Paraguay.

4.5. – Objetivos específicos

- Identificar los aspectos racionales e irracionales de la ira para controlar la respuesta desadaptativa.
- Aprender o desarrollar técnicas para rebatir creencias irracionales sobre la ira.
- Identificar las creencias irracionales que producen la ira.

- Enseñar habilidades sociales para afrontar las burlas y las molestias de sus pares en la escuela.
- Emplear técnicas de asertividad en lugar de usar la agresión para resolver conflictos.

4.6. - Hipótesis

4.6.1. - Hipótesis de investigación.

- La intervención psicoterapéutica cognitiva conductual, disminuirá la agresividad en los niños y prepúbers con trastorno de conducta disocial y mejorará el control y la expresión de la ira en la Escuela República del Paraguay de la Ciudad de Colón.

4.6.1.1.- Hipótesis Estadísticas:

Hipótesis estadística N°1:

Ho: $\mu_{EA} (G. EXP. Antes) \leq \mu_{ED} (G. EXP. Después.)$

H1: $\mu_{EA} (G. EXP. Antes) > \mu_{ED} (G. EXP. Después.)$

Donde: $\mu_{EA} (G. EXP. Antes)$ (Promedio de la agresión del grupo experimental antes del tratamiento).

$\mu_{ED} (G. EXP. Después)$ (Promedio de la agresión del grupo experimental después del tratamiento).

Hipótesis estadística N°2:

Ho: $\mu_{CA} (G. CTRL. Antes) = \mu_{CD} (G. CTRL. Después.)$

H1: $\mu_{CA} (G. CTRL. Antes) \neq \mu_{CD} (G. CTRL. Después.)$

Donde: $\mu_{CA} (G. CTRL. Antes)$ (Promedio de la agresión del grupo Control antes del tratamiento).

$\mu_{CD} (G. CTRL. Después)$ (Promedio de la agresión del grupo Control después del tratamiento).

4.7. – Diseño de la investigación

Diseño cuasiexperimental con preprueba - posprueba, un grupo intactos. Se aplicó un instrumento de evaluación de los niveles de la ira STAXI –NA (Inventario de expresión de la ira estado –rasgo en niños y adolescente C.D. Spierlberger a un grupo de estudiantes de la Escuela República del Paraguay del corregimiento del Barrio Norte que presentaron el trastorno disocial , se emplearon dos grupos, experimental y control. Al grupo experimental se le aplicó una intervención cognitiva conductual dirigida a disminuir y mejorar el control y la expresión de la ira. Concluida la intervención se aplicó a ambos grupos (experimental y control) nuevamente el instrumento de medición de los niveles de ira STAXI –NA, de esta forma se logró comparar el efecto de la de la intervención psicoterapéutica cognitiva conductual sobre el control y expresión de la ira en los estudiantes que presentaron el trastorno disocial en la escuela República del Paraguay del corregimiento del Barrio Norte de la ciudad de Colón.

4.8. Definición conceptual de la variable independiente:

4.8.1. Variable Independiente: Psicoterapia Cognitiva -Conductual

4.8.1.1. Definición Conceptual:

La Psicoterapia – Cognitiva – Conductual sostiene que la conducta y sus consecuencias están determinadas por la manera como la persona entiende, interpreta y estructura el mundo basándose en actitudes y supuestos propios que ha ido desarrollando a partir de sus experiencias y aprendizaje anteriores. Estos procesos de evaluación son universales, los utilizan generalmente las personas, sin embargo el significado es atribuido a cada condición ambiental o experiencia es particular de cada individuo. El resultado de esta evaluación se expresa en forma de etiqueta, valoraciones o definiciones muy concretas que se incorporan al lenguaje interno o discurso particular que mantiene el individuo consigo mismos la repetición continuada de estas valoraciones en el discurso interno puede llegar a activar determinada emociones y sentimientos, que a su tiempo influirán y condicionaran

como persona enfrenta el mundo en general y las experiencias concretas y cotidianas.

Una vez señalada los postulados se puede concluir que la psicoterapia cognitiva –conductual es el procedimiento para identificar y modificar los “procesos cognitivos” con el objetivo de modificar sus repercusiones sobre las conductas y sobre las emociones. Las modificaciones tiene sentido clínico cuando los pensamientos, la conducta o las emociones son disfunciones y reflejan la presencia de un trastorno mental o cuando dificultan la adaptación de la persona a los requerimientos de su vida diaria afectiva, relacionada y/o intelectual.

4.8.1. 2. Definición Operacional:

La Psicoterapia Cognitiva – Conductual tendiente a mejorar el control y la expresión de la ira ayuda a los pacientes a reducir dicha emoción permitiendo que estos se den cuenta de los elementos mentales, emocionales, físicos de la ira y de sus estímulos precipitantes, empleando las habilidades de afrontamiento cognitivos y conductuales.

Se trabaja sobre las distorsiones cognitivas generadoras de la ira ya que los procesos cognitivos a menudo distorsionan la realidad y producen más ira, modificando las cogniciones se puede disminuir la ira y poner al individuo en una mejor posición para el afrontamiento con más recursos.

El cambio cognitivo del procesamiento de la información implica primeramente que el paciente se dé cuenta de las situaciones que le producen ira y que acepte la influencia de la clasificación de los errores cognitivo y el desarrollo de contra respuestas cognitivas nuevas y más funcionales, después se ensaya y se transfiere lo aprendido a las circunstancias de la vida.

La intervención ayuda a aumentar las conductas adaptativas y a disminuir las desadaptativas, ya que conforme se reduzca la ira se tendrá un mayor control y la persona será capaz de pensar y elegir comportamientos positivos en vez de actuar de forma agresiva, impulsiva.

Esto se adquieren en un total aproximado de 10(diez sesiones) dos veces a la semana.

4.9. Variables dependientes: La ira

4.9.1. Definición conceptual:

De acuerdo a Deffenbacher, luego citado por Caballo (1998) se define como una reacción cognitiva – emocional –fisiológica ante afrentas percibidas, instrucciones en el terreno personal y/o frustraciones de la conducta dirigida hacia un fin.

Al igual que el resto de la emociones, la ira puede ser vista como un estado limitado en tiempo o como una disposición duradera y consistencia o una tendencia general, para experimentar frecuentes y pronunciados episodios de estado de ira.

La distinción entre el estado de ira y el rasgo de la ira es probablemente una de las aportaciones más relevante que Spielberger, citado por Urbina (1998), ha hecho a la definición y aproximación al concepto de ira. El estado emocional que consta de sensaciones subjetivas de tensión, enojo, irritación, furia o rabia, con activación concomitante del sistema nervioso, y el rasgo de la ira mostraría las diferencias individuales en cuanto a la frecuencia con que aparece el estado de la ira a lo largo del tiempo.

4.9.2. Definición operacional:

Se efectuó una medición de los niveles de ira STAXI –NA, en su versión castellana (Miguel –Tobal, Casado, Cano –Vindel y Spielbreger, 2001). Evalúa las distintas facetas de la ira, la escala de Estado, reflejan sentimientos o acciones del tipo “furioso”, tengo ganas de romper cosas,” etc. donde el sujeto responde en una escala de cuatro puntos, reflejando como se siente en ese momento y consta de tres subescalas: sentimiento, Expresión Física y verbal. La escala Rasgo está compuesto por ítems de tipo “tengo un carácter irritable”, pierdo los estribos”, etc., a los cuatro puntos en función de cómo se siente normalmente. Esta escala posee dos subescalas: Temperamento de la ira, refleja la propensión a experimentar y expresar ira sin ira una provocación específica y la subescala Reacción de ira que mide las diferencias individuales en la disposición para expresar ira cuando se es criticado o tratado injustamente por otros. La escala Expresión interna de ira, mide

frecuencia con la que los sentimientos de ira son refrenados o suprimidos. La escala Expresión externa de ira, mide la frecuencia con que un individuo expresa ira hacia otras personas u objetos del entorno. La escala Control interno de ira, mide la frecuencia con que un individuo intenta controlar la expresión interna de su ira. La escala Control externo de ira, mide la frecuencia con que un individuo intenta controlar la expresión interna de su ira y por último el Índice de Expresión de Ira, se obtiene de las dos escalas de control y expresión de la ira.

Los resultados de STAXI -NA se miden en centiles, los sujetos que puntúan de 75 a 99 centiles presentan problemas significativos en el control y expresión de la ira; para efectos del estudio se tomaron sujetos con puntuaciones de 75 a 99 centiles abarcan puntuaciones altas.

4.9.3. Población y muestra

4.9.3.1. Población (universo de estudios)

El universo de estudio está formada por la población de veinte (20) estudiantes que presentan el trastorno disocial de la escuela República del Paraguay del corregimiento del Barrio Norte de la ciudad de Colón.

4.9.3.2 Muestra:

Se empleará una muestra no probabilística seleccionada de forma no aleatoria con un tamaño de veinte (20) estudiantes que presentaron el trastorno de conducta disocial con bajos niveles de manejo de control y expresión de ira interna y externa de la escuela República del Paraguay del Corregimiento del Barrio Norte de la ciudad de Colón. Se dividió en dos (2) grupo: experimental diez (10) y control con diez (10) sujetos cada. Del grupo experimental permanecieron los diez (10) sujetos porque se llegó a un acuerdo con la dirección para que no fueran suspendido por riñas. Mientras que del grupo control que estaban en espera para el tratamiento tres fueron suspendido por riñas.

4.9.4. Criterios de inclusión:

1. Niños y prepúbers que hayan sido diagnosticados con las Clasificaciones Multiaxial y la entrevista clínica con el trastorno de conducta disocial con bajo nivel de manejo de control la expresión interna y externa de la ira.
2. Que los niños y prepúbers no presenten problemas de ausentismo escolar.
3. Haber cometido delitos por primera vez y estar en la escuela República Del Paraguay de la ciudad de Colón del corregimiento del Barrio Norte.
4. Poseer entre las edades de 9 a 15 años de edad y presentar el diagnóstico de Trastornos de conducta disocial.
5. Presentar problemas de la ira y/ o emociones relacionadas y medida por el cuestionario STAXI –NA.

4.9.5. Criterios de exclusión:

1. No participaron los niños y prepúbers que pertenezcan a una pandilla.
2. No participarán en el programa de tratamiento del manejo de la ira en niños y prepúbers quienes presenten problemas de consumo de drogas.
3. No participarán niños y prepúbers que tengan casos pendientes con la ley (robos, pandillerismo, posesión ilícita de armas de fuego, violación sexual).
4. No participarán niños y prepúbers que presenten retardo mental.
5. No participarán niños y prepúbers que presenten trastorno en la escritura y lectura (que no sepan leer y escribir).
6. No participarán niños y prepúbers que no pertenezcan a la escuela República del Paraguay de la ciudad de Colón del corregimiento del Barrio Norte.

4.9.6. Instrumento y técnica de medición

Las características clínicas de los niños y adolescente con trastorno de conducta disocial se obtuvo a través de aplicación de entrevista semi –estructurada a los estudiantes y maestros y algunos familiares (madres, abuela y hermanos que

estudian en la misma escuela) y la evaluación del psicólogo investigador. También se empleó el Cuestionario de Conducta Antisocial -Delictiva (A -D) (Nicolas Seisdedos Cuberno).

Los datos personales, historiales de vida, datos sociales y demográficos de los estudiantes fueron obtenidos por medio de una entrevista semi –estructurada.

El psicólogo a cargo de la investigación a través de intervención psicoterapéutica registro toda la información relevante obtenida durante el periodo de tratamiento y realizó una historia clínica de cada estudiante participante.

Para evaluar el control y expresión interno y externo de la emoción de ira en los estudiantes que participaron en la investigación se le aplicó el instrumento STAXI –NA(C.D. Spielberger, 1988) la edición española con 32 items, la 1 Parte: del ítems 1 al 8 los sujetos señalaron mediante una escala de Likert (Poco, Bastante, Mucho) Cómo te sientes ahora mismo la 2 Parte: 9 al 16 los sujetos señalaron mediante una escala de Likert (Casi Nunca, A veces, Casi siempre) Cómo te sientes habitualmente y finalmente la 3 Parte: 17 al 32 los sujetos señalaron mediante una escala Likert (Casi nunca, A veces, Casi siempre) Qué sueles hacer cuando estás enfadados; dicho instrumento consta de seis escalas, cinco subescala y un índice de expresión de la ira que ofrece una medida general de la expresión y control de la ira. Las seis escalas.

Estado de Ira, Rasgo de Ira(R), Expresión Externa de ira (E. Ext.), Expresión Interna de Ira (E. Int.) Control Externo de la Ira (C. Ext.), Control Interno de Ira (C. int.). Tres subescala de la escala de Estado que evalúan distintos componentes de la intensidad de la ira como estado emocional: Sentimiento (Sent.), Expresión Verbal (Exp. V) y Expresión Física (Exp. F.). Dos subescala de la escala de Rasgo: Temperamento (Temp.) y Reacción de la Ira (Reacc.).

4.9.7. – Métodos de intervención

Intervención psicoterapéutica cognitiva conductual, en la habilidades en el autocontrol emocional.

Los estudios realizados por Dodge y sus colegas (Dodge, 1993; Dodge, Pettit & Bates 1997), señalan que los niños y niñas con problemas de agresividad tienden a interpretar erróneamente las intenciones de otros niños y responden agresivamente antes estas amenazas percibidas, lo cual se debería al ambiente sociofamiliar al cual han estado expuestos desde su primera infancia.

El entrenamiento en el control de la ira desarrollado por Novaco (1975) y adaptado para adolescente por Fuindler, Kingsley Dubey (1986), en el “Programa del Arte del Autocontrol”

(Art of Self – Control Program) presenta fundamental en dos fases generales: una educativa y otra de aprendizaje y aplicación de la técnica de manejo de la ira.

El objetivo de la primera fase será educativa el cual, el participante aprenderá a identificar cuando esta iracundo y que evoca esta reacción emocional para ello y se le enseña las principales manifestaciones de la ira, es decir indicaciones conductuales (por ejemplo, fruncir el ceño, apretar los dientes, arquear los hombros), cognoscitivos (por ejemplo pensamiento negativo sobre la situación) y fisiológico (por ejemplo, aumento en el ritmo respiratorio y cardiaco, enrojecimiento en la cara etc.). Estas técnicas se realizaron de forma individual en 5 sesiones (5) de 30 minutos cada uno, dos veces a la semana en la primera fase del tratamiento.

Sesión # 1

Objetivo

- Evaluar los niveles de ira.
- Informar sobre el tratamiento del control de la ira.
- Entrenar autocontrol emocional.
- Entrenamiento en relajación diafragmática

Contenido:

Se aplicará el inventario de la Ira STAXI –NA para determinar los niveles de Ira.

Se abordará sobre la confidencialidad y el consentimiento informado. Luego se procederá a presentar una explicación convincente sobre el tratamiento, la realización del autocontrol emocional.

En la segunda fase que serian las cinco sesiones restante y posteriormente continuará el entrenamiento con la técnica para el manejo fisiológico, conductual y cognoscitivamente la respuestas emocionales, las cuales deben prevenir o reducir dicha respuesta, evitando reaccionar con agresividad ante las situaciones que la generan durante toda las sesiones. No basta con que el participante aprenda a controlar la respuesta emocionales, también deberán reaccionar de la manera más adecuada ante situaciones que la generó; para ello se enseñaran en esta segunda fase del tratamiento el cambio de manera habilidosa con pensamiento prosocial que proviene de un enfoque o programa educativo, multi –componente y de enfoque cognitivo conductual, que se basa en el concepto de “ competencia social”, entendida como las características personales (conocimientos, destrezas y actitudes) que favorecen una respuesta adaptativa ante la necesidades y exigencias en ambientes significativos (López & Garrido, 2005; Rodríguez et al, 2001) esta técnica mejora las habilidades socio –cognitivas y los valores prosociales de los niños y adolescentes que presentan conducta antisocial.

El entrenamiento de autocontrol emocional

Puede mencionar las siguientes (sugiere consultar el libro “Técnica para el control del comportamiento agresivo” de H. D. Weisingre, 1988, para su descripción más completa de esa técnica):

- Se les enseñará a los estudiantes a identificar las situaciones y las apreciaciones que generalmente le produce la ira, para la cual se le pide que haga una lista de de estas situaciones y apreciaciones personales. Si no la recuerda, se le invita a registrarlas en una hoja en el transcurso de una o dos

semanas. De esta manera el participante aprende tanto las señales de esta reacción emocional, como las situaciones y valores de los disparadores.

▪ **Técnica fisiológica:**

Se le enseñara al participante diferentes técnicas para contrarrestar la respuesta emocional, como contar hacia atrás, contar hasta diez, pensar en imágenes placenteras o retirarse momentáneamente del lugar.

▪ Algunas instrucciones para implementar la técnica de respiración diafragmática son la siguientes:

1. Siéntese y póngase cómodo, distensione todos sus músculos, especialmente, los de su espalda, su cara, su cuello, sus brazos y sus piernas.
2. Ponga una de sus manos sobre el abdomen.
3. Aspire oxígeno lentamente y haga que su abdomen se infle como un "globito".
4. Exhale lentamente y sienta con su mano como el "globito" "se desinfla. Asegúrese de que al aspirar y exhalar no esté usando el tórax, pues entonces no estaría utilizando la técnica adecuadamente.
5. Vuelva a aspirar "inflamando el globito" y exhale lentamente. Repita esto varias veces hasta que se sienta más calmado.

Se le enseña al estudiante **técnica del control cognitivo**. De acuerdo a con la perspectiva de Novaco (1975) la ira se puede disparar debido a una evaluación errónea de la situaciones y, por tanto, se puede prevenir si el individuo realiza evaluaciones alternativas de la misma. Asimismo, la respuesta emocional puede disminuir en intensidad si el individuo aprende auto instrucciones inhibitorias de dicha reacción. Por ello se puede trabajar con el "Entrenamiento en autoinstrucciones", se empleó de manera breve algunos aspectos del programa de

tratamiento de desarrollo originalmente por Meichenbaum y Goodman (1971) para niños impulsivos.

Entrenamiento en auto instrucciones involucra cinco fases:

1. Moldeamiento: en esta fase el terapeuta ejecutará una tarea delante del niño hablándole en voz alta (por ejemplo: como contar hacia atrás, contar hasta diez, pensar en imágenes placenteras o retirarse momentáneamente cuando hay pensamiento negativo sobre la situación que genera agresión).
2. Orientación externa: posteriormente, el niño ejecuta la misma tarea mientras que terapeuta lo instruye en voz alta.
3. Auto –orientación: el niño realiza nuevamente la tarea en cuestión, siguiendo las instrucciones por sí mismo.
4. Auto –orientación en voz baja: el niño ejecuta las tareas, pero murmurándose las instrucciones.
5. Auto –orientación encubierta: finalmente, el niño ejecuta la tarea siguiendo mentalmente las instrucciones.

Mediante estas fases se espera que el niño domine la tarea que se está enseñando, en un proceso de internalización de las instrucciones, donde es importante la retroalimentación y el refuerzo del terapeuta, así como el auto retroalimentación y el autorrefuerzo positivo.

Se asignaran tareas, entre estas:

- Practicar la relajación diafragmática progresiva
- Elaborando una imagen positiva relajante si no hubo tiempo para desarrollarla en la sesión
- Entrenar en el auto registro de la ira.

Sesión # 2:

Objetivos:

- Ampliar y consolidar el desarrollo de las habilidades de relajación diafragmática progresiva.
- Detectar las señales, situaciones y personas disparadoras de la ira.
- Entrenamiento en autoinstrucciones.

Contenido:

Se inicia con un repaso de las tareas asignadas en la sesión anterior. Luego se procede con el autoregistro de la ira y la práctica del autocontrol emocional, auto instrucciones, una vez afianzada el autocontrol emocional se procede con el uso de la imagen de relajante a la relajación progresiva.

- Prosigue el entrenamiento en habilidades de afrontamiento por medio de la relajación se ensaya de dos a tres veces:
- Relajación sin tensión: Relajación sin tensión sin tensión real de los grupos musculares.
- Imagen relajante: se visualiza por un tiempo de 30 segundos.
- Relajación provocada por la respiración: se instruye para que el paciente respire profundamente y aumente la relajación con cada exhalación.

Prosigue el afrontamiento con el entrenamiento autoinstrucciones involucrando cinco fases:

1. Moldeamiento: en esta fase el terapeuta ejecutara una tarea delante del niño hablándole en voz alta (ejemplo: como contar hacia atrás, contar hasta diez, pensar en imágenes placenteras o retirarse momentáneamente cuando hay pensamiento negativo sobre la situación que le genera agresividad).
2. Orientación externa: posteriormente, el niño ejecuta la misma tarea mientras que terapeuta lo instruye en voz alta.
3. Auto –orientación: el niño realiza nuevamente la tarea en cuestión, siguiendo las instrucciones por sí mismo.

4. Auto –orientación en voz baja: el niño ejecuta las tareas pero murmurándose las instrucciones.
5. Auto –orientación encubierta: finalmente, el niño ejecuta la tarea siguiendo mentalmente las instrucciones.

Se asignaran tareas:

- Se continúa con el autorregistro y la práctica de la relajación.
- Entrenamiento auto instrucciones involucrando las cinco fases mencionada arriba.

Sesión # 3

Objetivos:

- Introducir la idea de la importancia de los factores cognitivos en el manejo positivo de la ira.
- Revisar o explorar distorsiones cognitivas que genera situaciones de ira.

Contenido

Se comienza la tercera sesión con un repaso de las tareas asignadas en la sesión anterior. Posteriormente se centra la atención en la identificación y modificación de los procesos cognitivos generales de la ira de forma que la realidad percibida no sea aversiva de forma innecesaria. Se debate con el estudiante las ideas distorsionadas cognitivas de forma que comprenda que hay otras alternativas y formas de ver los eventos que generan niveles elevados de ira. Entre las distorsiones cognitivas que se identifican y debaten: Agarbando y magnificando lo negativo: en el momento que se produce la distorsión cognitiva el individuo percibe los eventos de forma externa, muy negativos. Generalmente, se etiquetan los sucesos como catastróficos, aterrador y como cosas que el individuo no puede soportar, en lugar de hacerlo en términos negativos realistas, tales como frustrante o decepcionante. La ira va en aumento conforme el individuo responde a los significados emocionales de dichos términos externos, en vez de hacerlo en base a la realidad negativa realista.

- Exigencias, órdenes y coacciones: cuando se produce este tipo de pensamiento las personas insisten de forma rígida y autoritaria que el mundo debería ser, y tiene ser como espera que sea de determinada manera. Sin embargo, no necesariamente el mundo satisfará esas expectativas.
- La persona ha cometido el error de elevar su preferencia a una exigencia dictatorial y la elevada ira proviene de la violación de esas exigencias, más que la frustración natural por no obtener lo que quiere.

Tareas para casa:

- Practicar las habilidades de afrontamiento de la relajación.
- Anotar en el autorregistro las distorsiones cognitivas y los eventos que las desencadenan.

Sesión # 4

Objetivos:

- Prosigue el afrontamiento de auto instrucciones involucrando las cinco fases

Contenido:

Comienza con un repaso de las tareas asignadas en la sesión anterior. Posteriormente se procede con la descripción detallada de la situación productora de la ira prestando atención a las señales cognitivas, emocionales y fisiológicas de la activación de la ira y luego se inicia con las habilidades de afrontamientos.

Tareas para casa:

- Prácticas diarias del afrontamiento de auto instrucciones involucrando las cinco fases.
Desarrollar una nueva escena de ira con un nivel mayor y registrar en el diario de ira.

Sesión # 5

Objetivos:

Reforzar las habilidades de afrontamiento de auto instrucciones involucrando las cinco fases.

Contenido:

Comienza con un repaso de las tareas asignadas en la sesión anterior. Posteriormente se procede con la descripción detallada de la situación generadora de ira, pero con un nivel mayor de ira que la emplea en la sesión anterior presentando atención a las señales cognitivas, emocionales y fisiológicas de la activación de la ira y luego se inicia con las habilidades de afrontamiento cognitivo de la auto instrucción y la relajación para la reducción de la ira aprendidas en sesiones anteriores. Se emplean situaciones en donde la ira se experimentó luego del evento o cuando se reprimió y cuando se relacionó a un estímulo que recuerda la situación.

Tareas para la casa:

- Seguir practicando las habilidades de afrontamiento cognitivo de autoinstrucciones y de relajación.
- Desarrollar una nueva escena de ira con un nivel mayor y registrarla en diario de ira.

Sesión # 6**Objetivos:**

- Reforzar las habilidades de afrontamiento cognitivos de autoinstrucciones y de las técnicas de relajación, y promoviendo el pensamiento prosocial.

Contenido:

Comienza con un repaso de las tareas asignadas en la sesión anterior.

- Posteriormente se procede con descripción detalla de la situación productora de la ira, pero con un nivel mayor de ira que la empleada en la sesión anterior, presentando atención a las señales cognitivas, emocionales y fisiológicas de la activación de la ira y luego se inicia con la habilidades de afrontamiento cognitivo de auto instrucciones, y de relación para la reducción de la ira aprendida en sesiones anteriores.

- Se promueve al estudiante la aplicación de las habilidades de afrontamiento cognitivos de auto instrucciones y de relajación, la técnica de pensamiento prosocial contemplando cinco sesiones.
- El entrenamiento en pensamiento prosocial se incluye básicamente dentro de componentes tres tratamiento reseñados previamente: el entrenamiento en habilidades de resolución de problemas, el entrenamiento de las habilidades sociales y el entrenamiento, en control de ira e incluye, además, los siguientes componentes:
 1. Razonamientos críticos. Los constituye una serie de actividades que buscan generar una actitud crítica y reflexiva frente a las cogniciones, actitudes y conductas propias y las de los demás.
 2. Desarrollo de los valores. Fundamentalmente pretende desarrollar la capacidad de proponerse en el lugar de otras, presentando a los participantes dilemas morales que deben discutir en grupos pequeños para plantear las acciones más apropiadas y de reflexionar individualmente con base en las posturas asumidas en el debate.
 3. Habilidades en la negociación. Se trabaja alrededor de habilidades para resolución de problemas interpersonal incluyendo: a) comunicación de la postura personal ante el problema, es decir, la meta que desea obtener y que entra en conflicto con el otro; b) el entrenamiento de la postura o meta deseada por otra persona; c) el análisis de las diferencias entre ambas posiciones para generar alternativas de solución satisfactorias para las partes; y d) la implementación del acuerdo conseguido.
 4. Pensamiento creativo. Busca fomentar en los participantes la habilidad para pensar alternativamente, saliéndose del pensamiento convencional para obtener respuestas ante dificultades.

Al inicio de esta sesión introductoria. En ésta los miembros del grupo se conocen, se presentan los contenidos y la metodología del entrenamiento y se establecen normas básicas que seguirán durante su desarrollo.

Sesión # 7

Objetivos:

Reforzar las habilidades de afrontamiento cognitivas en entrenamiento prosocial.

Contenido:

Se inicia con un repaso de las tareas asignadas en la sesión anterior.

Posteriormente se procede con la descripción detallada de la situación productora de ira, pero con un nivel mayor de ira que la empleada en la sesión anterior prestando atención a las señales cognitivas, emocionales y fisiológicas de la activación de la ira y luego se inicia con las habilidades de afrontamientos cognitivas y de relajación para reducción de la ira aprendidas en sesiones anteriores.

Tareas para casa:

Continuar practicando las habilidades de afrontamiento cognitivos y de relajación en situaciones que le ocasionen ira u otro tipo de emoción.

En esta sesión continuará con el entrenamiento de habilidades de pensamiento, sentimientos y conductas. Aquí se enseñan algunos pasos de asertividad para la resolución de problemas interpersonales que serán señalada en las siguientes sesiones.

Sesión #: 8, 9, 10

En estas sesiones son de seguimientos y de reforzamientos de los aprendido y puesto en prácticas durante las sesiones anteriores. También se incluye en otras estrategias de cambio cognitivo y conductual como:

- Control final, rutas de escape y tiempo fuera: se fomenta el marcharse del lugar de la provocación y/ o buscar demorar el tiempo antes de responder, como estrategia cognitiva –conductual sencilla, pero eficaz, para disminuir la ira. Ésta se reduce cuando se eliminan los estímulos que la provocan o se proporciona una oportunidad para iniciar otras estrategias de afrontamiento y solución de problemas.

- Solución de problemas, auto instrucciones: se beneficia del entrenamiento en auto instrucciones orientadas a la tarea de solución de problemas, que pueden incluir las siguientes subetapas,

Algunas personas necesitan instruirse para conceptualizar una provocación como un problema que se puede solucionar:

1. Algunos estados de ira aumenta cada vez más porque se tratan varios asuntos al mismo tiempo, es preferible sepáralos y atender uno a la vez.
 2. Las auto instrucciones de solución de problemas y de planificación inicia los primeros pasos para desarrollar un plan racional, de menos enfado, con el fin de abordar la situación y evaluar el progreso de su puesta en práctica.
 3. Algunas veces se requiere iniciar la terminación de la solución de los problemas cuando no se ve ninguna solución. Es decir, no todas las fuentes de ira tiene una buena solución o incluso ni siquiera una solución. Algunas personas enojadas exigen encontrar una solución y airadamente tratan de encontrar una intentando a menudo forzar a los demás o a sí mismo a algún tipo de solución.
 4. Muchas personas se benefician también de las autoinstrucciones sobre auto refuerzo y auto eficacia. El dialogo con el sí mismo debe contener pensamiento que apoye los esfuerzo de afrontamiento, que fomenten las auto atribuciones de cambio y que planteen expectativas realistas, positivas, para el afrontamiento futuro.
 5. Pensamientos fríos y atenuantes emocionales: Este tipo de autoinstrucciones impulsa las habilidades de afrontamientos por medio de la relajación o introduce atenuante verbales que ayudan al individuo a disminuir la ira y/ o soporta las condiciones aversivas. El elemento puede ser una imagen visual o una metáfora. Aunque dichos procedimientos atenuantes raramente son suficiente por si mismo, ayudan a los sujetos a soportar y afrontar las situaciones con menos ira y pueden añadirse fácilmente a otras estrategias cognitivas.
- Conductas asertivas: la habilidades sociales y más concretamente la asertividad son habilidades básicas para el desenvolvimiento en la vida diaria. Las personas tienen

intereses formas de ver el mundo distintos, por lo cual el conflicto interpersonal está a la orden del día. Cuando esta habilidad no están lo suficientemente desarrolladas o se emplean de forma equivocada surge la ira, frustración y la insatisfacción.

Desarrollar técnicas de asertividad:

1. Identificar los estilos básicos de la conducta interpersonal: estilo agresivo, pasivo y agresivo. La función de esta etapa es distinguir entre cada uno de los estilos, reconociendo la mejor forma de actuar de acorde con los estilos asertivos. Esto ayudará también a conocer los errores en este ámbito.
2. Identificar las situaciones en las cuales se quiere ser más asertivos: se trata de identificar en qué situaciones hay fallas y cómo se debería actuar en un futuro. Se analiza el grado en que la respuesta a las situaciones problemáticas: se trata de analizar las situaciones en términos de quién, cuándo, quién, qué y cómo interviene en escena, identificando los pensamientos negativos y el objetivo que se quiere conseguir.

▪ En estas sesiones restantes se sigue promoviendo el pensamiento prosocial

1. Entrenar para reconocer pensamientos y emociones. Busca ayudar a los participantes a identificar sus propias emociones y las de los demás, mediante el reconocimiento de los gestos faciales y otros signos corporales relacionados con diferentes emociones, presentadas en fotografías.
2. Entrenar para las búsquedas de alternativas. Tiene como objetivo que los participantes aprendan a generar la mayor cantidad posible de alternativas de solución antes los problemas.
3. Entrenar es pensar en las consecuencias de los actos (propios y de los demás).
4. Se realizan ejercicios con base en situaciones cotidianas para ayudar a los participantes a prever las consecuencias de sus acciones sobre los demás (pensamientos de consecuencias).
5. Entrenar en las elecciones de las alternativas validas. Busca generar habilidades para la toma de decisiones el proceso de un problema.

Finalizaremos la sesión # 10 con la evaluación de los niveles de ira mediante el inventario STAXI –NA.

4.8. Procedimiento estadístico:

Se emplearon estadística descriptiva organizada en tablas, cuadros y graficas para describir las características generales de los integrantes de la muestra.

El estadístico de prueba utilizado para determinar el cambio de la variable dependiente (emoción de ira) en dos periodos pre y post intervención y la comparación de los dos grupos, experimental y control, después de la intervención se realizará la prueba t para muestras dependientes e independientes.

El criterio de decisión dictamina que si el valor observado de t es mayor que el valor critico de t a un nivel de significación de 0.05 para una prueba de una cola a la izquierda (evaluar pre y post prueba del grupo experimental y la posprueba del grupo control) los resultados son estadísticamente significativos para rechazar H_0 , y aceptar la H_1 .

Para efectuar el análisis estadístico de la información recopilada se utilizó Microsoft Excel.

4.8. 1.Método para el control y efectividad de los datos

Nos encargaremos a que la intervención psicoterapéutica proporciona un espacio para que el investigador pueda identificar posibles amenazas a la validez interna, tales como la historia del paciente, maduración; sin bien no se puede controlar plenamente.

Los criterios de inclusión y exclusión a controlar la selección, la participación y el estado de los estudiantes que presenta el trastorno de conducta disocial de la escuela República del Paraguay disminuyó la pérdida de integrantes de la muestra (muerte experimental).

4.8.1. 1. Algunas consideraciones éticas que se emplearon en la investigación

Se obtuvo el consentimiento informado por escrito de cada uno de los padres y familiares, y la Dirección de la escuela de cada participante antes del inicio de la investigación. Los educadores del plantel de la escuela recibieron explicación breve del estudio, con un espacio para preguntas y aclarar dudas.

Se consideró la etapa de desarrollo de los niños o niñas y prepúbers. Muchas conductas que pueden percibirse como anormal o trastorno por parte del adulto, son simplemente el reflejo de su periodo de desarrollo.

Se consideró el comportamiento de los niños y niñas y prepúbers como reflejo de su entorno familiar y sociocultural, de esa forma la intervención tomaron en cuenta dicho entorno y no solamente se abordó la modificación de su comportamiento.

Se les explicó a los padres, familiares maestros y estudiantes el inventario que se les aplicó para evaluar los niveles de ira.

Se les informó a los padres y familiares, maestros sobre la información recopilada durante la intervención, la cual será usada de manera estadística y general, protegiendo información privada y personal de los estudiantes.

5. Datos demográficos de los estudiantes de la escuela República del Paraguay

. 5.1. Distribución por edad y sexo por grupo académico de los sujetos de estudios

Tabla No. 5.1 Distribución por sexo

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
FEMENINO	7	35.0
MASCULINO	13	65.0
TOTALES	20	100%

Fuente: Encuesta realizada por Simón Barrera a los estudiantes de la Escuela República del Paraguay. 17 de septiembre de 2012.

De acuerdo a los resultados demográficos, el sexo masculino está representado por un 65.0 por ciento y el de las mujeres con el 35.0.

Tabla No. 5.2 Distribución por edad

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
9 AÑOS	2	10.0
10 AÑOS	3	15.0
11 AÑOS	9	45.0
12 AÑOS	6	30.0
TOTALES	20	100%

Fuente: Encuesta realizada por Simón Barrera a los estudiantes de la Escuela República del Paraguay. 17 de septiembre de 2012.

El 45.0 por ciento de los encuestados se encuentra entre los 11 años de edad seguido del 30.0 por ciento que cuenta con 12 años. El 15.0 por ciento se halla en los 10 años y el 10% con 9 años de edad.

Tabla No. 5.3 Distribución por año académico

AÑO ACADÉMICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
II AÑO	2	10.0
III AÑO	3	15.0
V	9	45.0
VI	6	30.0
TOTALES	20	100%

Fuente: Encuesta realizada por Simón Barrera a los estudiantes de la Escuela República del Paraguay. 17 de septiembre de 2012.

El 45.0 por ciento de los estudiantes encuestados se encuentran concentrados en el V grado, así como el 30.0 por ciento en el VI grado. Los otros encuestados están en III grado con un 15.0 por ciento y en II grado el 10.0 por ciento.

5.2. Discusión de los resultados

El presente trabajo de investigación va dirigido a una intervención psicoterapéutica, cognitiva conductual, con la cual se espera disminuir la agresividad a través del manejo de la ira a 20 estudiantes de la escuela República del Paraguay de la ciudad de Colón del corregimiento de barrio norte, sector declarado como zona roja por su alto nivel de criminalidad.

5.2.1. Instrumentos de recolección de datos para medir los niveles de ira

En esta investigación se empleó el instrumento STAXI 2, la versión para niños y adolescentes STAXI –NA, lo cual nos facilitó medir el nivel de expresión de ira como marco de referencia. STAXI –NA consiste en un programa específico para el manejo de la ira y ha mostrado cierta eficacia en la reducción de la frecuencia de la conducta agresiva en los casos de trastorno de conducta disocial. Se han utilizados para otras investigaciones relacionadas con otros tipos de trastornos como: Trastornos de Déficit Atencional con Hiperactividad, Trastornos de Conductas Desafiantes.

Posteriormente, se entrevistaron a los maestros y padres de familias y estudiantes, con el propósito de adquirir información referente a la historia personal y familiar de cada sujeto que participo del programa de intervención psicoterapéutica del manejo de la ira.

En la investigación fueron entrenados a los estudiantes y maestros con técnica cognitiva conductual basadas: En resolución de conflictos, técnica de relajación, entrenamiento en auto instrucciones, y asertividad, etc.

De acuerdo a la perspectiva de Novaco (1975) la ira se puede disparar debido a una evaluación errónea de la situación y, por tanto, se puede prevenir si el individuo realiza evaluaciones alternativas de la misma.

5.2.1.2. Resultados del cuestionario de expresión de ira STAXIS – NA (Vindel y Spielbreger, 2001) pre y pos pruebas del grupo experimental (ver tabla No. 5.2. 1).

El cuestionario de expresión de ira STAXIS – NA (Vindel y Spielbreger, 2001) pre y pos pruebas del grupo experimental de los 10 estudiantes con trastorno de conductas disocial después de la intervención de la psicoterapia cognitiva conductual reveló una disminución de la conducta agresiva y hubo mejor manejo de la expresión de ira (ver tabla).

5.2.1.3. Resultados del cuestionario de expresión de ira STAXIS – NA (Vindel y Spielbreger, 2001) pre y pos pruebas del grupo control (ver tabla N0. 5.2.3 del índice).

El cuestionario de expresión de ira STAXIS – NA (Vindel y Spielbreger, 2001) no reveló disminución de la conducta agresiva, en los 7 estudiantes con trastornos de conductas disocial del grupo control, porque no participaron de la intervención psicoterapéutica cognitiva conductual en la pre y pos prueba (Ver tabla).

Observación: Los 10 estudiantes del grupo experimental permanecieron hasta el final del trabajo de investigación mediante un acuerdo realizado por la Dirección para que no fueran expulsado por riñas. Mientras que en el acuerdo no estaba contemplado para los estudiantes del grupo control. Razones por la cual, solo permanecieron 7 estudiantes dentro de la investigación, los otros 3 fueron suspendido por riñas.

5.2.1.4. Resultados en la prueba estadística t-student, para muestras emparejadas del grupo experimental (ver índice tabla N0. 5.3.1.1)

Los resultados de la prueba estadística t-student, para muestras emparejadas del grupo experimental de los 10 estudiantes que participaron de la intervención psicoterapéutica, cognitiva conductual, antes del tratamiento las puntuaciones de los niveles de expresión de ira eran mayores. Se deduce que los resultados de la prueba hipótesis, en donde la $t_{calculada} = 4.37$ es mayor que la t crítica o de la tabla (1.83), a un nivel de 5% de significancia estadística se rechaza la hipótesis nula y concluimos que en efecto con el tratamiento de la intervención de la psicoterapéutica cognitiva conductual las puntuaciones de los niveles de expresiones de ira disminuyeron en la posprueba después de tratamiento (ver tabla).

5.2.1.5. Resultados en la prueba estadística t-student, para muestras emparejadas del grupo control (En espera del tratamiento). (Ver índice de Tabla N0. 5.3.1.2.1).

A un nivel de significancia de 5%, la t calculada de -1.0 se ubica en la región central de la distribución t –student, entre -2.45 y 2.45 , por lo cual no se puede rechazar la hipótesis nula sobre la igualdad de las puntuaciones medias en ambas mediciones antes y después.

En el grupo control, no hay evidencia estadísticamente significativa de diferencia en las medias de las prepruebas y posprueba. Los estudiantes no recibieron el tratamiento de la terapia cognitiva conductual.

5.2.1.6. Resultados en la prueba estadística t-student, para muestras independientes, suponiendo varianzas iguales: (Ver índice de tabla N0. 5.3.3.1).

A un nivel del 5% de significancia, la hipótesis nula se rechaza, puesto que la t calculada (3.9) es mayor que la t de la tabla o valor crítico (1.75).

La puntuación media de la expresión de ira del grupo control es mayor que la del grupo experimental en la post prueba, después de la intervención psicoterapéutica cognitiva conductual en los estudiantes de la escuela República del Paraguay.

Conclusiones

Conclusiones

1. La hipótesis planteada en este trabajo de investigación confirma, la efectividad que tiene la intervención psicoterapéutica cognitiva conductual para disminuir los niveles de expresión de ira con niños y prepubes con trastorno de conducta disocial. Se sugiere el uso del instrumento STAXI –NA para medir los niveles de expresión y control de la ira para obtener una marco de referencia.

2. Los resultados no se pueden generalizar a otros grupos de niños y prepubers que estén implicados en delitos de pandillerismo, y hayan cometidos asesinato, robos, hurtos, violación sexual.

3. Se han desarrollado múltiples alternativas de tratamiento para las dificultades de conducta antisocial infantil y adolescente, que manifiestan una variedad de enfoques conceptuales sobre el origen y desarrollo de esta problemática. Las que cuentan con datos empíricos de efectividad son los tratamientos farmacológicos, las técnicas de modificación de conducta, el entrenamiento de los padres los tratamientos cognitivo –conductual que son más adecuado para niños y niñas de edad escolar y los prepúbers si se combinan con entrenamiento de padres y maestros.

4. Mediante el procedimiento cognitivo –conductual el niño aprende a ver cómo su comportamiento afecta a otros y a desarrollar nuevas formas de responder cuando está enojado o cuando es provocado.

5. Aunque no se lograron la extinción total de las conductas agresivas y de las conductas perturbadoras, la conducta explosiva de la ira disminuyó a nivel de adaptación en el ámbito escolar y familiar.

6. Uno de los modelos que más se ajusta para explicar la conducta agresiva con manifestaciones de conducta explosiva de ira, es trastorno de conducta disocial es el modelo del drive o impulso, refiriéndose a la teoría de Spielberger citado por Mayers (2005), sostiene que la conducta de los sujetos está vinculada con las emociones o actitudes.

7. Con referencia a la terapia cognitivo –conductual resultó ser útil para mejorar el control y expresión de la ira en una muestra de estudiantes con trastorno de conducta disocial de la escuela República del Paraguay del corregimiento de Barrios Norte de la ciudad de Colón. Al concluir con la intervención de la terapia cognitiva conductual los estudiantes del grupo experimental mejoraron significativamente, porque aplicaron las herramientas que se les brindó para el manejo de la explosión de ira.

8. El grupo control de los estudiantes se le estará interviniendo de igual forma con la psicoterapia cognitiva conductual, luego de concluir este estudio por razones de ética profesional.

Recomendaciones

Recomendaciones

Una vez concluido este estudio creemos conveniente hacer las siguientes recomendaciones:

1. Es necesario realizar estudios empleando el instrumento STAXI 2, la versión para niños y adolescentes STAXI -NA para medir la relación entre el Trastornos de conducta desafiante oposicionista, trastorno de déficit atencional con hiperactividad y el manejo inadecuado de la expresión de ira.
2. Entrenamiento de psicólogos para efectuar talleres con niños y adolescentes con trastorno de conducta disocial por su característica y así tener experiencia antes de iniciar cualquier tratamiento.
3. Desarrollar programa de prevención primaria que vaya dirigida a los niños, niñas y adolescentes, para que aprendan habilidades sociales y no incurran en actos delictivos.
4. Implementar en las escuelas programas de entrenamiento de autocontrol, de asertividad, resolución de conflictos dirigidos a los niños, y adolescentes, maestros, padres de familias para el manejo de la ira.
5. Otras estrategias que se puede implementar en las escuelas y colegios son un programa de apoyo psicosocial para niños y niñas con problemas académicos.
6. Divulgar este estudio entre los colegios y escuelas de la ciudad de Colón.
7. Realizar un programa en los colegios y escuelas dirigido a prevenir el maltrato infantil a través de entrenamientos a padres de familias y familiares orientados a mejorar los estilos de crianzas disfuncionales (no a la violencia).
8. Desarrollar programas en la comunidad con el fin de fortalecer los factores de protección relacionado con el éxito en el deporte, la música, el arte y la orientación académica.

9. Promover en las escuelas, colegio, comunidad experiencias especialmente relacionado con el éxito y la responsabilidad, que tenga efecto positivo en la autoestima y la autoeficacia.

10. Promover a través de los medios de comunicación la importancia de tener un nuevo proyecto de vida practicando buenos valores sociales, familiares.

Bibliografia

Bibliografía

Alaniz, M., Cartmil, & Parker, R (1998). Immigrants and violence: importace of neighborhood contex. Hispanic Journal of Behavioral Sciences, 20(2), Sciences, 155 - 174.

Alba, J. L., Garrido, V., López M. J., Burgués, M., Alcanzar, Baró, V & Chordí, F. (2005). El programa del pensamiento prosocial (versión corta para jóvenes).

Castillo C Ernesto. 1966, Tesis. La delincuencia en la ciudad de Colón sus causas y modo de prevención. Pag. 70 -80.

César Armando Rey Anacona, Ph. D. (2010) Trastorno Disocial: Evaluación, tratamiento y prevención de la conducta antisocial en niños y adolescente. Editorial Manual Moderno (Colombia) (pp79 -179)

Fray Bernardino de Sahagún, - Madrid España(2001) Cuestionario A –D (Conducta Antisocial - Delictiva “ publicado con autorización de TEA Ediciones, S.A. Madrid..

Ellis A., Grieger. R (2003). Manual de Terapia Racional – Emotiva. (9 ed.). España.

En V. Garrido & M. J. López (Coord.) (2005), Manual de intervención educativa en readaptación social (pp. 95 -309).

Herman, A. y Oblitas, L. (2005). Terapia Cognitiva Conductual: Teoría y práctica, Colombia: Psicom.

Jiménez, L (1994). Naturaleza y desarrollo de los trastornos de conducta en la infancia y adolescente. (pp. 13 -39) Salamanca: Publicaciones Universidad Pontificia.

Kazdin, A.E. (1988). Tratamieno de la conducta antisocial en la infancia y la adolescencia. Bracelona : Martinez Roca (pp. 18 – 25).

Kazdin, A. & Buela. Casal, G. (1996) Conducta antisocial: Evaluación Tratamiento y prevención en la infancia y adolescencia. Madrid: Pirámide.

Kimble, Ch. y Colaboradores. (2002). Psicología Social de la Américas.

Kernberg, O. (1988). Diagnostico diferencial de la conducta antisocial Revista de Psiquiatría.

Lega, L., Caballo, V. y Ellis. A. (2002). Teoría y Práctica de la terapia Racional Emotiva Conductual. (2 ed.) España: Siglo Veintiuno).

Lorenz, K. (2005). Sobre la agresión: El pretendido mal. (22 ed.). México: Siglo veintiuno.

López, M. J. & Garrido, V. (2005). Un modelo para la prevención e intervención de la conducta antisocial.

Pérez, M., Redondo, M. L. (2008). Aproximación a la emoción de ira: de la conceptualización a la intervención. Psicológica. Revista Electrónica de Motivación y Emoción, 28, 1 -19. España.

Periódico El SIGLO (2010).

Larsen, R. J. & Buss, D. M. (2005). Psicología de la personalidad: Dominios de conocimiento sobre la naturaleza sobre humana (2ª Ed.). Mexico: MacGraw –Hill.

Lykken, D. T. (1995). The antisocial personalities. Hillsdale, NJ: La Lawrence Erlbaum.

Mahecha, J. C. & Salamanca, R. (2006). Evaluación del ajuste y desajuste en niños y jóvenes de estrato socioeconómico bajo de Bogotá. Infancia, Adolescencia y Familia, 1(2), 341 .355.

Martínez, R. A. (1996). Familia y educación. Oviedo: Servicio de Publicaciones de la Universidad: de Oviedo.

Marín, O. A. & Sarmiento, D M. (2003). Programa de entrenamiento en habilidad social, empáticas, de resolución de problemas y de pautas de crianza, dirigido a niños en edad escolar con problemas de comportamiento agresivos y a sus padres.

Mestre. M. V., Samper, P& Frías. M.D. (2002). Proceso cognitivos emocionales predictores de la conducta prosocial y agresiva: La empatía como factor modular. Psicothema, 14(2)

Organización Mundial de la Salud (1992). Clasificación Internacional de Enfermedad Decima Versión (CIE -10) DSM –IV – TR: Trastornos mentales y de comportamiento. Madrid: Meditor.

Peña –Olvera, F. R. (2003). Tratamiento multisistémico en adolescentes con trastornos disocial. Salud Pública de México, 45 (suppl. 1), S124 –S131.

Pérez, I., Pinzón, A. M. , Gonzáles R. & Sánchez, J. (2005). Influencia de televisión violenta en niños de una escuela pública de Bogotá, Colombia.

Pineda, L. E. (2007). Relación entre indicadores de déficit de atención con hiperactividad. Colombia Bogotá.

Rey, C. (1995). La empatía en niños y adolescentes con trastornos disocial y el grado de rechazo, marginación afectiva y permisividad de los que son objetivo por parte de sus padres y madres. Avances en Psicología Clínica Latinoamericana, 19, 25 -36.

Rey, C. (2003). Adaptación y Validación de una escala para medir empatía en preadolescente adolescente varones. Revistas Latinoamericano de Psicología, 34(2), 185 -194.

C. D. Spielberger (2005, 2009) STAXI –NA. Inventario de expresión de ira estado – rasgo en niños y adolescentes. Adaptación Española: V. del Barrio y Aluja. Editorial TEA, edición S.A. , Madrid, España.

Teicher, M. H. (2002, mayo). Neurobiología del maltrato en la infancia. Investigación & Ciencia, 59 -67.

Turner. R. (2005) Programa de terapia racional emotiva conductual aplicada I manejo de ira en adolescentes. Tesis de maestría, Universidad de Panamá.

Ureña K. (2011) Intervención cognitiva –conductual en un tipo de paciente policonsumidor Interno en un programa de rehabilitación Hogares Creas de Chilibre, tendencia mejorar el control y expresión de la ira.

Índice de Tablas y Graficas

Análisis de los Resultados del instrumento de medición de expresión de ira STAXI – NA en su versión castellana (Miguel –Tobal, Casado, Cano –Vindel y Spielbreger, 2001).

Para el análisis de los resultados se utilizo el índice de expresión de ira STAXI – NA en su versión castellana (Miguel –Tobal, Casado, Cano –Vindel y Spielbreger, 2001) para obtener dicho índice se emplean las y las dos escalas de expresión de la ira (interno y externo). Dos escalas de control (interno y externo). Puntos y de 0 a 99 en centil. A mayor puntuación evidencia dificultades en la expresión y control de la ira, ya sea interna o externa.

Tabla No. 1. Análisis de los resultados de la aplicación del cuestionario de expresión de ira STAXIS – NA (Vindel y Spielbreger, 2001) pre y pos pruebas del grupo experimental antes y después de la intervención de la terapia cognitiva conductual.

	Preprueba		Posprueba	
Sujetos	Puntuación directa	Centil	Puntuación directa	centil
1	51	96	45	82
2	59	98	55	83
3	57	99	49	73
4	57	99	46	80
5	55	98	53	74
6	59	98	55	76
7	53	99	41	63
8	53	89	51	76
9	52	93	50	73
10	52	89	50	82

Fuente: Evaluación realizada por: Simón Barrera Ávila, a los estudiantes de la Escuela República del Paraguay de Ciudad de Colón del Corregimiento Barrio Norte - 2012.

Tabla No. 2. Análisis de los resultados de la aplicación del cuestionario de expresión de ira STAXIS – NA (Vindel y Spielbreger, 2001) pre y pos pruebas del grupo control (en espera del tratamiento).

	Preprueba		Posprueba	
Sujetos	Puntuación directa	Centil	Puntuación directa	Centil
1	57	99	57	99
2	59	98	59	98
3	57	99	57	99
4	53	89	53	89
5	59	98	59	98
6	52	93	55	98
7	57	99	57	99
8	DECERTO			
9	DECERTO			
10	DECERTO			

Fuente: Evaluación realizada por: Simón Barrera Ávila, a los estudiantes de la Escuela República del Paraguay de Ciudad de Colón del Corregimiento Barrio Norte 2012.

Grupo experimental

Hipótesis estadística N°1:

$H_0: \mu_{EXP. \text{ Antes}} \leq \mu_{EXP. \text{ Después.}}$

$H_1: \mu_{EXP. \text{ Antes}} > \mu_{EXP. \text{ Después.}}$

Tabla No. 3. Hipótesis estadística N°1 del grupo experimental

Preprueba (Antes)	Posprueba (Después)
51	45
59	55
57	49
57	46
55	53
59	55
53	41
53	51
52	50
52	50

Fuente: Evaluación realizada por: Simón Barrera Ávila, a los estudiantes de la Escuela República del Paraguay de Ciudad de Colón del corregimiento Barrio Norte 2012

Tabla No. 3.1. Resultados de la prueba estadística t-student, para muestras emparejadas del grupo experimental.

Preprueba (Antes)	Posprueba (Después)
$\bar{X}_1 = 54.80$	$\bar{X}_2 = 49.50$
Desv. Estándar (diff)=	3.83
Error típico (diff)=	1.21
tcalculada =	4.37
ttabla =	1.83
$\alpha = 0.05$, una cola a la derecha	

Interpretación:

Los resultados muestran que en el grupo experimental, las puntuaciones medias eran mayores los niveles de expresiones de ira antes del tratamiento. Esto se deduce en términos de los resultados de la prueba de hipótesis, en donde la t calculada = 4.37 es mayor que la t crítica o de la tabla (1.83), por lo que el nivel del 5% de significancia estadística, se rechaza la hipótesis nula y se concluye que en efecto con el tratamiento de la intervención de la psicoterapia cognitiva conductual en este grupo, las puntuaciones de los niveles de expresión y de ira disminuyeron en la post prueba.

Hipótesis estadística N°2:

Ho: $\mu_{(G. CTRL. Antes)} = \mu_{(G. CTRL. Después)}$.

H1: $\mu_{(G. CTRL. Antes)} \neq \mu_{(G. CTRL. Después)}$.

Tabla No. 4. Hipótesis estadística No.2 del grupo control

Preprueba (Antes)	Posprueba (Después)
57	57
59	59
57	57
53	53
59	59
52	55
57	57

Fuente: Evaluación realizada por: Simón Barrera Ávila, a los estudiantes de la Escuela República del Paraguay de Ciudad de Colón del Corregimiento Barrio Norte 2012.

Tabla N0. 4.1. Resultados de la prueba estadística t-student, para muestras emparejadas del grupo control (En espera del tratamiento).

Preprueba (Antes)	Posprueba (Después)
$\bar{X}_{CA} = 56.3$	$\bar{X}_{CD} = 56.7$
Desv. Estándar (diff)=	1.13
Error típico (diff)=	0.43
tcalculada =	-1.0
ttabla =	2.45
$\alpha = 0.05$, dos colas	

Interpretación

Con el nivel de significancia del 5%, la t calculada de - 1.0 se ubica en la región central de distribución t –student, entre – 2.45 y 2.45, de manera que no se puede rechazar la hipótesis nula sobre la igualdad de las puntuaciones media en ambas mediciones antes y después.

En el grupo control, no hay evidencia estadísticamente significativa de diferencia en las medias de las pre prueba y post prueba. No recibieron el tratamiento de la intervención de la psicoterapéutica cognitiva conductual.

Hipótesis estadística N°3:

Ho: $\mu_{\text{Ctrl}} (\text{G. CTRL. Después}) \leq \mu_{\text{Exp}} (\text{G. EXP. Después})$.

H1: $\mu_{\text{Ctrl}} (\text{G. CTRL. Después}) > \mu_{\text{Exp}} (\text{G. EXP. Después})$.

Tabla No. 5. Hipótesis estadística N°3 del grupo control y grupo experimental

Posprueba (Grupo Control)	Posprueba (Grupo Experimental)
57	45
59	55
57	49
53	46
59	53
55	55
57	41
	51
	50
	50

Fuente: Evaluación realizada por: Simón Barrera Avila, a los estudiantes de la Escuela República del Paraguay de Ciudad de Colón del corregimiento Barrio Norte 2012.

Tabla: No. 5.1. Resultados de la prueba estadística t-student, para muestras independientes, suponiendo varianzas iguales

	Posprueba (Grupo Control)	Posprueba (Grupo Experimental)
Media	56.7	49.50
Desviación Estándar	2.1	4.5
Varianza agrupada=		13.9
$t_{calculada} =$		3.9
$t_{tabla} =$		1.75
$\alpha = 0.05$, una cola a la derecha		

Interpretación

Con un nivel del 5% de significancia, la hipótesis nula se rechaza, puesto que la $t_{calculada}$ (3.9) es mayor que la t de la tabla o valor crítico (1.75).

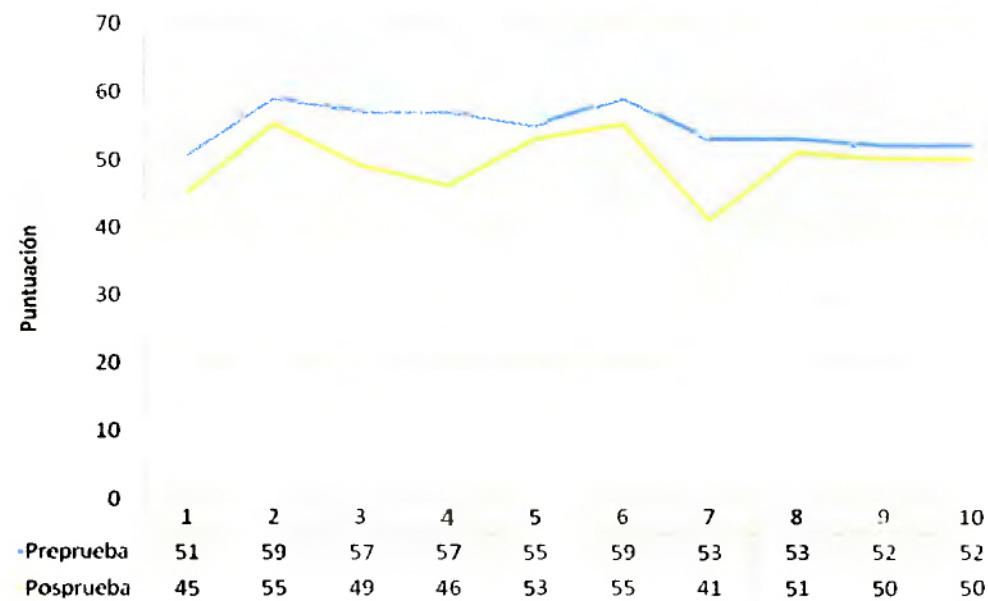
Esto es, que la puntuación media del grupo control es mayor que la del grupo experimental en la post prueba, después de la intervención psicoterapéutica cognitiva conductual en los estudiantes del grupo experimental de Escuela República del Paraguay.

Resultados gráficos de la prueba de hipótesis

Gráficos lineales

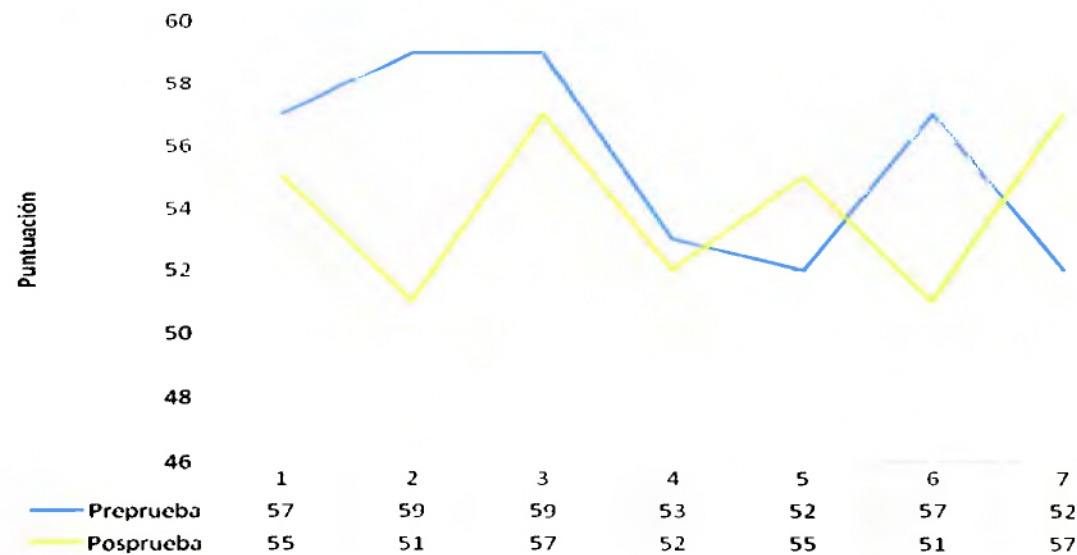
Grupo experimental

Grafico No. 1: Nivel de control y expresión de la ira del grupo experimental antes y después del tratamiento cognitivo – conductual



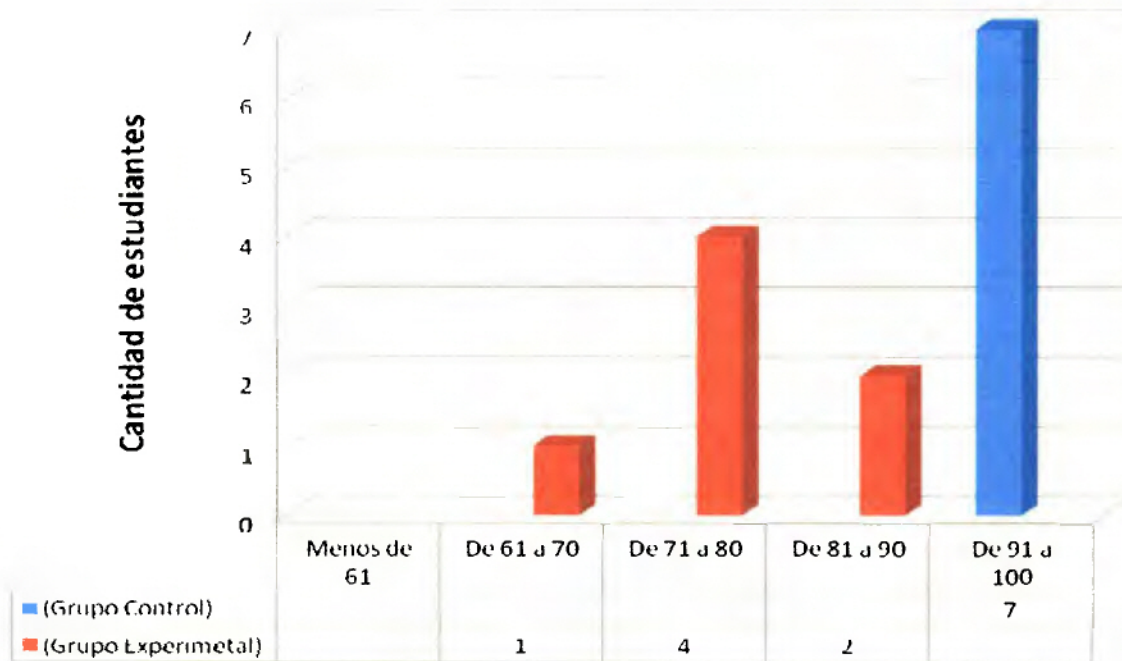
Grupo control

Grafico: No. 2. Nivel de Control y expresión de la ira del grupo control antes y después del tratamiento cognitivo –conductual.



Pos prueba del grupo control y experimental

Gráfico No. 3 Niveles centiles por estudiantes de control y expresión de la ira del grupo control y grupo experimental.



Historia de casos

Historia de casos

Grupo experimental

Sujeto 1

Nombre: N.M

Sexo: M

Edad: 11 años

Nivel de escolaridad: V grado

Edad en que inicio su trastorno de conducta disocial: 9 años

Estatus socio – económico: Medio bajo

Índice de expresión de ira: centil 96

Estudia en la escuela Republica del Paraguay desde kinder ya estaba presentado trastorno de conducta.

Historia personal:

Nació y creció en la provincia de Colón en el corregimiento de Barrio Norte donde operan varias pandillas y ha sido declarada zona roja. Fue suspendido en diez (10) ocasiones por riñas en la escuela. Frecuenta con amistades que son miembro de la pandilla “Patio limoso”, la maestra lo describe como un joven hostil, agresivo con un nivel bajo de tolerancia a la frustración, en dos ocasión amenazó a un compañero de escuela con un arma blanca, siempre está distraído, es irrespetuoso con los maestros(as), tiene habilidades en los dibujos. Le gusta deambular las calles en horas de la noche. Presenta bajo rendimiento escolar. NM dice: que en dos (2) ocasiones le arrebató el celular a una señora para robárselo. Ha sido detenido por la policía en operativos en las calle.

Historia Familiar:

Actualmente vive en la calle 6 y avenida Amador Guerrero territorio de la pandilla “Patio Limoso”. Vive con su madre de 40 años de edad que se dedica a la buhonería de collares y pulseras, y su padre de 42 años fue destituido de la Ampliación del Canal de Panamá, porque agredió a uno de sus compañeros con arma blanca. Tiene cinco hermanos el menor de 3 años de edad, los otros cuatro hermanos son de edades de 16 años, 21 años, 25 años y la hermana mayor de 27 años de edad, su hermano de 21 años de edad es miembro de la pandilla “Patio Limoso” en una ocasión fue impactado con una bala en el muslo izquierdo producto de enfrentamiento con la pandilla los “Tumba Fría.” Presenta dificultades para controlar su irritabilidad, siempre está a la defensiva, no confía en las personas, cuando se encuentra molesto amenaza y desafía a los otros compañeros en la escuela. La relación NM con su padre no es buena, porque siempre hay amenaza de parte de ambos.

Resultados de pre prueba:

Inventario de expresión de la ira estado –Rasgo, STAXI -NA

El estado emocional psicobiológico del estudiante NM en el momento de la aplicación indica bajo nivel de ira.

Con referencia al rasgo de ira de NM, experimenta habitualmente sentimiento de ira y frustración, a menudo piensa que las demás personas le harán algún daño.

En ocasiones manifiesta su ira a través de su conducta agresiva dirigida a otra persona. Puede expresarla en actos físicos como ataque a otras personas o de manera verbal amenazas, insultos.

Evaluación multiaxial

Eje I: F98.8 Presenta trastorno de conducta disocial (312.xx) (reafirmado por el test de A -D para el diagnostico de conducta antisocial y delictivas para niños y adolescentes)

F 63.9 Trastorno del control de los impulsos no específicos (312.xx)

Relacionado con la ira desaptativa.

Eje II: V 71.02 Antisocial en la niñez o la adolescencia, comportamiento.

Eje III: Ninguno.

Eje IV: Problema relacionado al grupo primario de apoyo (padre fue destituido del empleo por agredir con un arma blanca a un compañero de trabajo, Hermano fue agredido con arma de fuego por pertenecer a una pandilla).
Problema relacionado con robo en la calle.
Problema relacionado con suspensión repetida en la escuela por riñas.
Problemas relacionado con conflicto paterno filiar.
Problema relacionado con bajo rendimiento escolar.

Eje V 65

El resultado de la posprueba

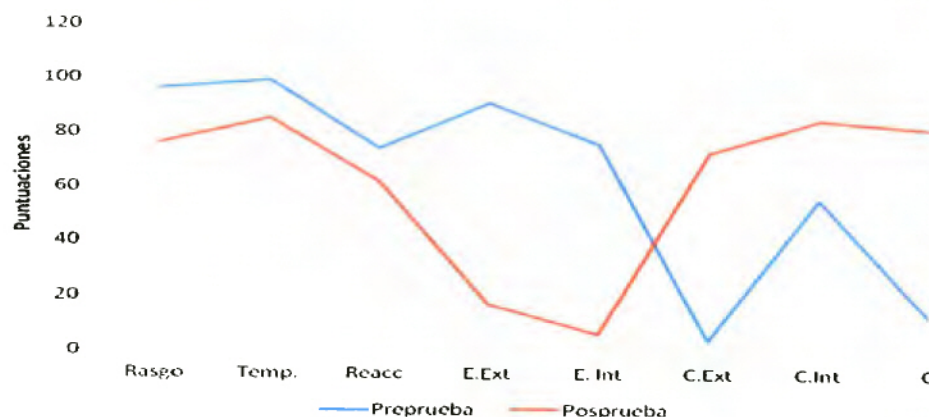
Inventario de Expresión de la Ira Estado –Rasgo, STAXI -NA

Aún se mantiene como un joven irritable e impulsivo. Cuando experimenta intenso sentimiento de ira suele expresarlo física y verbalmente. Poca veces utiliza controles internos (no ignorar a la persona) y externo (no evita la situación de confrontación) generalmente va a la confrontación y se hace manifiesto su sentimiento de ira.

Tabla N0. 1. Análisis del sujeto 1: Del inventario de la expresión de la ira estado -Rasgo, STAXI –NA del sujeto NM, antes y después de la intervención de la psicoterapia cognitiva conductual

Preprueba	Rasgo	Temp.	Reacc	E.Ext	E. Int	C.Ext	C.Int	C
	96	99	74	91	76	4	56	13
Posprueba	76	85	62	17	6	73	85	82

Grafico 1: Puntuación del STAXI –NA del sujeto 1 del grupo experimental



Resultados finales:

Creencia irracional más empleada por NM:

“Piensa que la gente le quiere hacer daño”, es por eso que siempre tiene un arma.

“Piensa que esta salado y todas las cosa le salen mal.”

Después de tres meses de haber participado de la intervención de la terapia cognitiva conductual de la escuela República del Paraguay el sujeto NM, presenta mayor control tanto interno externo de la emoción de la ira, además redujo significativamente la expresión externa de ira. Con referencia al temperamento de ira, dicho rasgo de personalidad disminuyó durante el periodo de la intervención cognitiva conductual, pero aun es un joven irritable con tendencia a experimentar sentimiento de ira.

NM, emplea estrategia de pensamiento y creencia positiva en la resolución de problemas así identificando las señales de situaciones y personas que activa su ira.

Sujeto 2

Nombre: PA.

Edad: 12 años

Sexo: F

Nivel de escolaridad: VI grado

Edad en que inicio su trastorno de conducta disocial: 10 años

Estatus socio – económico: Medio bajo

Índice de expresión de ira: centil 98

Estudia en la escuela República del Paraguay desde I grado ya estaba presentado trastorno de conducta.

Historia personal:

Vive en el corregimiento del Barrio Norte donde operan varias pandillas y fue declarada zona roja. Fue suspendida en tres ocasiones por riñas en la escuela con otros niños. El semestre pasado fue suspendida por una semana por lesionar a otro niño introduciéndole un lápiz en la mano, porque le estaba lanzando hojas de un cuaderno. Le gusta decir muchas mentiras. Cuando la maestra está dictando su clase PA, se la pasa hablando con otros compañeros y si la maestra le llama la atención hace gestos grosero (le tuerce los ojos y le saca la lengua) la maestra no la tolera. Informa los otros compañeros que PA le gusta robarles dineros a los ancianos. Asimismo comentan sus pares que PA, es muy revoltosa y le gusta pelear con los varones. La abuela materna la envía para la escuela y ella se fuga del salón de clase y se va a una sala de internet. Tiene un novio de 15 años de edad que pertenece a la pandilla de los “Demo Black” de la calle 4 y avenida Central y actualmente está detenido por hurto.

Historia Familiar:

Actualmente vive en la calle 4 y avenida Central territorio de la pandilla “Demo Black “Vive con su abuela de 60 años y se dedica a la venta de drogas. Tiene dos hermanos, el menor de 1 años de edad, su hermano mayor 19 años de edad es miembro de la padilla “Demo Black”. Ambos padre están detenido por narcotráfico de drogas. Presenta dificultades para controlar su agresividad y su hostilidad siempre está a la defensiva cuando le dicen algo.

Resultados de preprueba:

Inventario de Expresión de la Ira Estado –Rasgo, STAXI -NA

El estado emocional psicobiológico de la estudiante PA, en el momento de la aplicación indica bajo nivel de ira.

Con referencia al rasgo de ira de PA, es una joven que se irrita fácilmente y es propensa a expresar su sentimiento de ira, aunque a veces prefiere evitar a la situación.

PA, es una niña impulsiva con poco control de la ira, asimismo puede ser violenta o vengativa como para atacar a otra personas.

Cuando experimenta sentimiento de ira se enfrenta a las situaciones con agresión y hostilidad porque aunque a veces prefiere no ir la confrontación.

Evaluación multiaxial

Eje I: F98.8 Presenta trastorno de conducta disocial (312.xx) (reafirmado por el test de A - D para el diagnostico de conducta antisocial y delictivas para niños y adolescentes)

F 63.9 Trastorno del control de los impulsos no específicos (312.xx)

Relacionado con la ira desaptativa.

Eje II: V 71.02 Antisocial en la niñez o la adolescencia, comportamiento.

Eje III: Ninguno

Eje 1V: Problema relacionado al grupo primario de apoyo (ambos padres están detenido por narcotráfico, hermano está detenido por hurto).

Hermano mayor pertenece a una pandilla del barrio).

Problema relacionado con robos a ancianos.

Problema relacionado con suspensión repetida en la escuela por riñas.

Problema relacionado con suspensión de la escuela por agredir físicamente a otro niño con un lápiz).

Problema relacionado con bajo rendimiento académico.

Eje V 60

El resultado de la posprueba

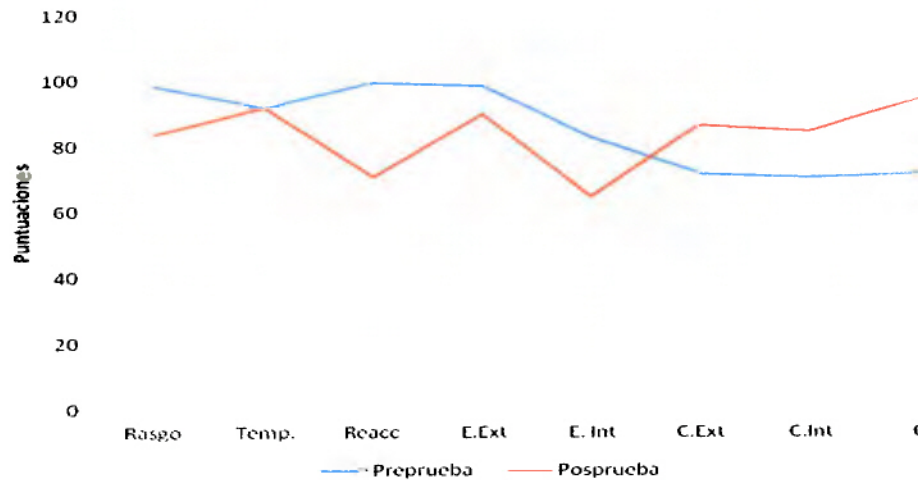
Inventario de expresión de la ira Estado –Rasgo, STAXI -NA

PA, se mantiene como una joven irritable e impulsiva. Cuando experimenta intenso sentimiento de ira suele expresarlo física y verbalmente. Poca veces utiliza controles internos (no ignorar a la persona cuando le dicen algo), sin embargo, en su control externo se observa que a veces no le gusta ir a la confrontación (evita la situación de confrontación), porque teme que a su abuela se le suba la presión arterial y fallezca.

Tabla N0. 2. Análisis del sujeto 2: Del inventario de la expresión de la ira Estado -Rasgo, STAXI -NA del sujeto PA, antes y después de la intervención de la terapia cognitiva conductual

Preprueba	Rasgo	Temp.	Reacc	E.Ext	E. Int	C.Ext	C.Int	C
	98	91	99	98	82	71	70	71
Posprueba	83	91	70	89	64	86	84	94

Grafico 2: Puntuación del STAXI –NA del sujeto 2 del grupo experimental



Resultados finales:

Creencia irracional de PA, más empleada:

“Piensa que él que se la hace se la paga” “porque no cree en hombre”

“Piensa que nadie se preocupa por ella” porque nadie la quiere.

Después de tres meses de haber participado de la intervención de la terapia cognitiva conductual de la escuela República del Paraguay la sujeto PA, presenta mayor control tanto interno de la emoción de la ira, además redujo significativamente la expresión externa de ira. Con referencia al temperamento de ira, dicho rasgo de personalidad se mantiene, ya que es una joven irritable con tendencia a experimentar sentimiento de ira fácilmente.

PA, emplea estrategia de pensamiento y creencia positiva en la resolución de problemas así identificando las señales de situaciones y personas que activa su ira.

Sujeto 3

Nombre: TD

Edad: 9 años

Sexo: M

Nivel de escolaridad: II grado

Edad en que inicio su trastorno de conducta disocial: 7 años

Estatus socio – económico: Medio bajo.

Índice de expresión de ira: centil 99.

Estudia en la escuela República del Paraguay desde kínder ya estaba presentado trastorno de conducta.

Historia personal:

Ha sido suspendido en dos ocasiones por riñas en la escuela con otros niños. Le gusta ir a las abarroterías a robarse las golosinas con otros niños. En una ocasión le encontraron un puñal pequeño en su maletín y negó que fuera de él. Insulta a otros niños o niñas con palabras obscenas. En el recreo somete a otros niños y le roba su dinero. Discute frecuentemente con el personal administrativo que labora en la escuela cuando le llaman la atención.

Se la pasa amenazando a los otros niños e inclusive hasta los maestros. Fue arrestado en la subestación de policía de Niñez y Adolescencia por 24 horas por sospecha de robo de un celular a una señora cuando se bajaba de su automóvil.

Historia Familiar:

Actualmente vive en la calle 6 y avenida Central territorio de la pandilla “Tumba Fría”. Vive con su madre de 39 años de edad y labora como aseadora en una empresa de la Zona libre de Colón. Tiene tres hermanos, el menor de tres años

de edad, el penúltimo de cinco años de edad, el antepenúltimo de 6 años de edad, TD, es el mayor de sus hermanos, sus padres se separaron por violencia doméstica, porque el padre presenta problema de adicción con la cocaína. Presenta dificultades para controlar su agresividad y su hostilidad siempre está a la defensiva cuando lo amonestan.

Resultados de preprueba:

Inventario de expresión de la ira Estado –Rasgo, STAXI -NA

El estado emocional psicobiológico del estudiante TD, en el momento de la aplicación indica bajo nivel de ira.

Con referencia al rasgo de ira de TD, es un niño que se irrita fácilmente y es propenso a expresar su sentimiento de ira.

TD, es un niño impulsivo con poco control de la ira, asimismo puede ser violento o vengativo para atacar a otras personas.

Cuando experimenta sentimiento de ira se enfrenta a las situaciones con agresión y hostilidad, aunque a veces prefiere no ir a la confrontación.

Evaluación multiaxial

Eje I: F98.8 Presenta trastorno de conducta disocial (312.xx) (reafirmado por el test de A -D para el diagnóstico de conducta antisocial y delictivas para niños y adolescentes).

F 63.9 Trastorno del control de los impulsos no específicos (312.xx)

Relacionado con la ira desadaptativa.

Eje II: V 71.02 Antisocial en la niñez o la adolescencia, y comportamiento.

Eje III: Ninguno

Eje 1V: Problema relacionado al grupo primario de apoyo (padres se separaron por violencia doméstica y problemas de adicción a la cocaína).

Problema relacionado con robos en las abarroterías

Problema relacionado con suspensiones en la escuela por riñas.

Problema relacionado con suspensiones de la escuela por agredir físicamente a otros niños).

Problema relacionado con bajo rendimiento académico.

Problema relacionado con violencia domestica.

Problema relacionado con padre adicto a la cocaína.

Problema relaciona con arresto por sospecha de robo de un celular.

Eje V 60

El resultado de la posprueba

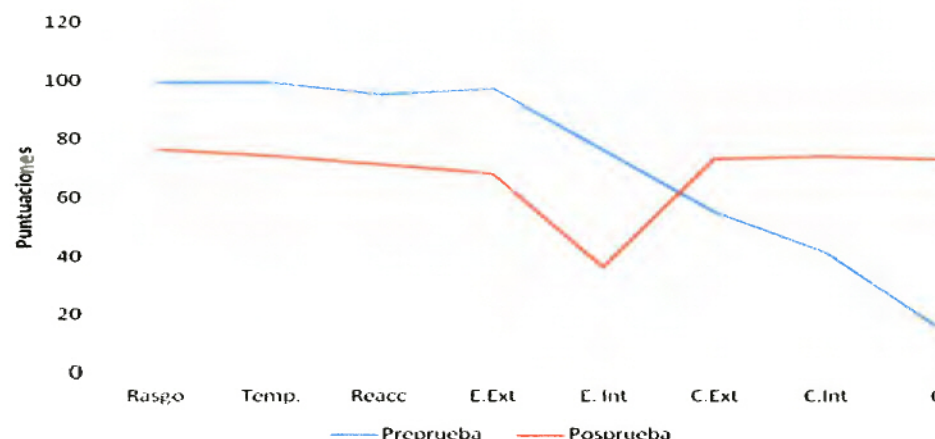
Inventario de Expresión de la ira Estado –Rasgo, STAXI -NA

TD, aún se mantiene como un joven irritable e impulsivo. Cuando experimenta intenso sentimiento de ira suele expresarlo física y verbalmente. Poca veces utiliza controles internos (no ignorar a la persona cuando le dicen algo) su control externo se observa poca veces le gusta evitar la confrontación (no evita la situación de confrontación).

Tabla N0. 3. Análisis del sujeto 3: Del inventario de la expresión de la ira Estado -Rasgo, STAXI –NA del sujeto TD, antes y después de la intervención de la terapia cognitiva conductual

Preprueba	Rasgo	Temp.	Reacc	E.Ext	E. Int	C.Ext	C.Int	C
	99	99	95	97	76	55	41	16
Posprueba	76	74	71	68	36	73	74	73

Grafico 3: Puntuación del STAXI –NA del sujeto 3 del grupo experimental



Resultados finales:

Creencia irracional de TD, más empleada:

“Si fracaso en la escuela porque soy un retardado mental”. “Es por eso que no quiero estudiar” (no presenta problema de retardo mental).

“Piensa que nadie cree en él”. “Porque lo tratan como un mongolito”.

Después de tres meses de haber participado de la intervención de la terapia cognitiva conductual de la escuela Republica del Paraguay el sujeto TD presenta mayor control tanto interno y externo de la emoción de la ira, además redujo significativamente la expresión externa de ira. Con referencia al temperamento de ira, dicho rasgo de personalidad disminuyó, en el periodo de la intervención cognitiva conductual, pero aun se observa que es un niño con tendencia a experimentar sentimiento de ira y que puede irritarse fácilmente.

TD, emplea estrategia de pensamiento y creencia positiva en la resolución de problemas así identificando las señales de situaciones y personas que activa su ira.

Sujeto 4

Nombre: OM

Edad: 12 años

Sexo: F

Nivel de escolaridad: VI grado

Edad en que inicio su trastorno de conducta disocial: 9 años

Estatus socio – económico: Medio bajo

Índice de expresión de ira: centil 99

Estudia en la escuela Republica del Paraguay desde II grado ya estaba presentado trastorno de conducta.

Historia personal:

Ha sido suspendida en cinco ocasiones por riñas en la escuela con otros niños y niñas. Le gustan los juegos de azar con barajas. Los pares informan que OM, es amiga de PA, y formaron una pequeña banda de adolescentes que se dedican a robarle el dinero a los ancianos que están jubilado de la Zona del Canal de Panamá. Asimismo suelen prostituirse con señores adultos mayores que le ofrecen dinero. Le gusta golpear a niños más pequeños cuando la cosa le sale mal. En una ocasión fue detenida por la policía de la Niñez y Adolescencia acusada de robarle B/ 100. 00 a un anciano de 75 años de edad.

Historia Familiar:

Actualmente vive en la calle 5 y avenida Bolívar territorio de la pandilla “Tumba Fría. Vive con su madre de 47 años de edad que también tiene problema de juegos de azar, y se la pasa en el casino casi todos los días. Padre 49 años de edad que labora de albañil en la ampliación del Canal de Panamá, consume cocaína

y cuando está bajo el efecto de la cocaína se pone violento con la madre y con ella (OM). OM tiene un tío paterno 39 años de edad que está detenido por homicidio.

Resultados de preprueba:

Inventario de expresión de la ira Estado –Rasgo, STAXI -NA

El estado emocional psicobiológico de la estudiante OM en el momento de la aplicación indica bajo nivel de ira.

Con referencia al rasgo de ira de OM, es una adolescente que se irrita fácilmente y es propensa a expresar su sentimiento con ira.

OM, es una adolescente impulsiva con poco control de la ira, asimismo puede ser violenta o vengativa como para atacar a otras personas.

Cuando experimenta sentimiento de ira se enfrenta a las situaciones con agresión y hostilidad.

Evaluación multiaxial

Eje I: F98.8 Presenta trastorno de conducta disocial (312.xx) (reafirmado por el test de A -D para el diagnóstico de conducta antisocial y delictivas para niños y adolescentes).

F 63.9 Trastorno del control de los impulsos no específicos (312.xx)

Relacionado con la ira desaptativa.

Eje II: V 71.02 Antisocial en la niñez o la adolescencia, comportamiento.

Eje III: Ninguno

Eje IV: Problema relacionado al grupo primario de apoyo (padre presenta problemas de adicción a la cocaína, madre es adicta a los juegos de azar).

Problema relacionado con robos a los ancianos.

Problema relacionado con suspensión repetida en la escuela por riñas.

Problema relacionado con prostitución infantil

Problema relacionado con bajo rendimiento académico

Problema relacionado con violencia doméstica.

Problema relacionado con padre adicto a la cocaína.

Problema relacionado con padre violento cuando esta bajo el efecto de la cocaína.

Problema relaciona con tío paterno condenado por homicidio.

Eje V 60

El resultado de la posprueba

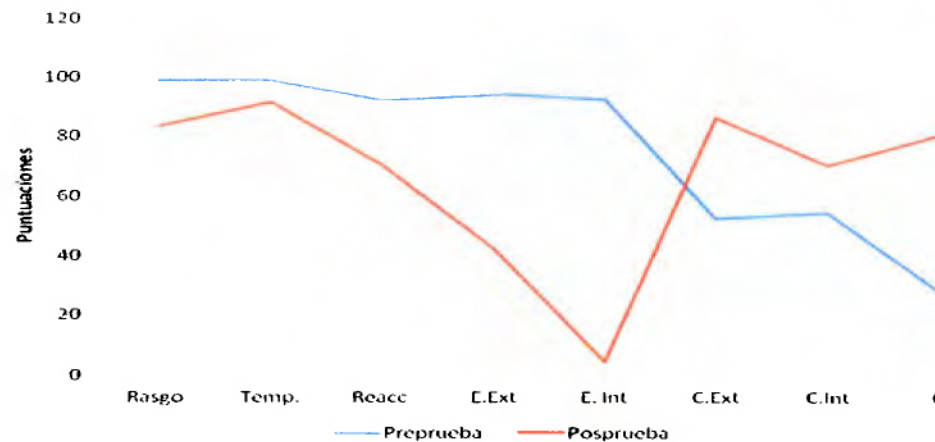
Inventario de expresión de la Ira Estado –Rasgo, STAXI -NA

OM aún se mantiene como una joven irritable e impulsiva. Cuando experimenta intenso sentimiento de ira suele expresarlo física y verbalmente. Le dificultad utilizar sus controles internos (no le gusta ignorar a la persona cuando le dicen algo) en su control externo se observa que pocas veces evita la confrontación (no evita la situación de confrontación).

Tabla N0. 4. Análisis del sujeto 4: Del Inventario de la expresión de la ira Estado -Rasgo, STAXI -NA del sujeto OM, antes y después de la intervención de la terapia cognitiva conductual

Preprueba	Rasgo	Temp.	Reacc	E.Ext	E. Int	C.Ext	C.Int	C
	99	99	92	94	92	52	54	28
Posprueba	83	91	70	42	4	86	70	80

Grafico 4: Puntuación del STAXI –NA del sujeto 4 del grupo experimental



Resultados finales:

Creencia irracional de OM, más empleada:

“Piensa que no sirve para nada”

“Piensa que nadie la entiende “

Después de tres meses de haber participado de la intervención de la terapia cognitiva conductual de la escuela Republica del Paraguay la sujeto OM, presenta mayor control interno y externo de la emoción de la ira, además redujo significativamente la expresión externa de ira. Con referencia al temperamento de ira, dicho rasgo de personalidad disminuyó, en periodo de la intervención, pero aún se observa en OM, una tendencia a experimentar sentimiento de ira.

OM, emplea estrategia de pensamiento y creencia positiva en la resolución de problemas así identificando las señales de situaciones y personas que activan su ira.

Sujeto 5

Nombre: LT

Edad: 11 años

Sexo: F

Nivel de escolaridad: V grado

Edad en que inicio su trastorno de conducta disocial: 6 años

Estatus socio – económico: Medio bajo

Índice de expresión de ira: centil 96

Estudia en la escuela República del Paraguay, desde 1º grado ya estaba presentado trastorno de conducta.

Historia personal:

Ha sido suspendida en tres ocasiones por riñas en la escuela con otros niños y niñas. La maestra informa que LT, frecuenta con pares que pertenecen a la pandilla de los “Perros del Bambú. En dos ocasiones fue detenida por sospecha de estar involucrada en un caso de homicidio producto de enfrentamientos de pandillas rivales. Una vez participo de un robo de un televisor LCD, en una casa residencial, aún no la encuentran culpable del delito.

Historia Familiar:

Actualmente vive en la calle 15 y avenida Bolívar territorio de la pandilla “Los Perros”. Vive con su madre de 40 años de edad que se dedica a la venta clandestina de cerveza. Padraastro de 54 años de edad que labora de carpintero en la ampliación del Canal de Panamá, liba exceso de licor y cuando esta ebrio se pone violenta con los vecinos y familiares. Informa LT: que su madre le está siendo infiel a su padraastro con otro hombre porque él se gasta el dinero con los amigos cuando cobra y no cumple con su obligación en la casa.

Resultados de preprueba:

Inventario de Expresión de la Ira Estado –Rasgo, STAXI -NA

El estado emocional psicobiológico del la estudiante LT en el momento de la aplicación indica bajo nivel de ira.

Con referencia al rasgo de ira de LT, es una adolescente que se irrita fácilmente y es propensa a expresar su sentimiento con ira.

LT, es una adolescente impulsiva con poco control de la ira, asimismo puede ser violenta o vengativa como para atacar a otra personas.

Cuando experimenta sentimiento de ira se enfrenta a las situaciones con agresión y hostilidad.

Evaluación multiaxial

Eje I: F98.8 Presenta trastorno de conducta disocial (312.xx) (reafirmado por el test de A -D para el diagnostico de conducta antisocial y delictivas para niños y adolescentes)

F 63.9 Trastorno del control de los impulsos no específicos (312.xx)

Relacionado con la ira desaptativa.

Eje II: V 71.02 Antisocial en la niñez o la adolescencia, y comportamiento.

Eje III: Ninguno

Eje 1V: Problema relacionado al grupo primario de apoyo (padraastro presenta problemas de alcoholismo y se pone violento, madre le es infiel).

Problema relacionado con robos a residencial.

Problema relacionado con suspensión repetida en la escuela por riñas.

Problema relación con frecuentar con pares que pertenecen a la padilla de los “Perros del Bambú)

Problema relacionado con bajo rendimiento académico.

Problema relacionado con implicación y detención provisional por sospecha de Homicidio.

Eje V 59

Resultado de la posprueba

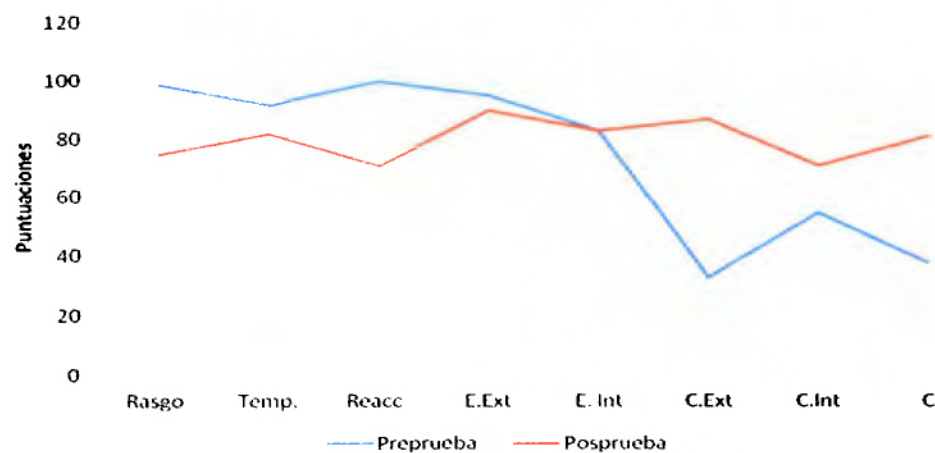
Inventario de Expresión de la Ira Estado –Rasgo, STAXI -NA

LT, aun se mantiene como una joven irritable e impulsiva. Cuando experimenta intenso sentimiento de ira suele expresarlo física y verbalmente. Le dificultad utilizar sus controles internos (no puede ignorar a la persona cuando le dicen algo) en su control externo se observa pocas veces pude evitar la confrontación (pocas veces evita la situación de confrontación).

Tabla N0. 5. Análisis del sujeto 5: Del Inventario de la expresión de la ira Estado -Rasgo, STAXI –NA del sujeto LT, antes y después de la intervención de terapia cognitiva conductual

Preprueba	Rasgo	Temp.	Reacc	E.Ext	E. Int	C.Ext	C.Int	C
	98	91	99	94	82	32	54	37
Posprueba	74	81	70	89	82	86	70	80

Grafico 5: Puntuación del STAXI –NA del sujeto 5 del grupo experimental



Resultados finales:

LT, emplea estrategia de pensamiento y creencia positiva en la resolución de problemas así identificando las señales de situaciones y personas que activa su ira.

Después de tres meses de haber participado de la intervención de la terapia cognitiva conductual de la escuela República del Paraguay el sujeto LT, presenta mayor control interno y externo, en cuanto a la expresión externa de la emoción de la ira, redujo la ira, mientras que la expresión interna se mantuvo. Con referencia al temperamento de ira, dicho rasgo de personalidad disminuyó durante la intervención cognitiva conductual, aún presenta tendencia a experimentar sentimiento de ira y se irrita con facilidad.

Sujeto 6

Nombre: QL

Edad: 11 años

Sexo: M

Nivel de escolaridad: V grado

Edad en que inicio su trastorno de conducta disocial: 8 años

Estatus socio – económico: Medio bajo

Índice de expresión de ira: centil 98

Estudia en la escuela República del Paraguay desde 1° grado ya estaba presentado trastorno de conducta.

Historia personal:

Ha sido suspendido en cuatro ocasiones por riñas en la escuela con otros niños. En una ocasión le robo la billetera a un señor que tenía la suma de B/

50.00, cuando se baja del bus para ir a su casa. En el recreo somete a otros niños y le roba su dinero. Amenaza frecuentemente a las colaboradoras del aseo de la escuela. La madrastra lo envía a la escuela y él se fuga del plantel de la escuela y se va jugar videojuego en una sala de Internet.

Fue arrestado en la subestación de policía de Niñez y Adolescencia por 24 horas por sospecha de robo de un celular.

Historia Familiar:

Actualmente vive en la calle 6 y avenida Bolívar territorio de la pandilla los “Tumba Fría” Vive con su madrastra de 50 años de edad y labora en un restaurante. Tiene cuatro hermanos, el menor de un año de edad, el penúltimo de 8 años de edad, el antepenúltimo 9 años, el mayor de sus hermanos tiene 22 años de edad y está detenido por violación sexual en Centro de Nueva Esperanza de la ciudad de Colón. Su padre está detenido por el delito de homicidio. Su madre presenta problema de farmacodependencia.

Resultados de preprueba:

Inventario de Expresión de la Ira Estado –Rasgo, STAXI -NA

El estado emocional psicobiológico del estudiante QL, en el momento de la aplicación indica bajo nivel de ira.

Con referencia al rasgo de ira de QL es un niño que se irrita fácilmente y es propenso a expresar su sentimiento de ira.

QL, es un niño impulsivo con poco control de la ira, asimismo puede ser violenta o vengativa como para atacar a otra personas.

Cuando experimenta sentimiento de ira se enfrenta a las situaciones con agresión y hostilidad generalmente prefiere ir a la confrontación.

Evaluación multiaxial

Eje I: F98.8 Presenta trastorno de conducta disocial (312.xx) (reafirmado por el test de A -D para el diagnóstico de conducta antisocial y delictivas para niños y adolescentes)

F 63.9 Trastorno del control de los impulsos no específicos (312.xx)

Relacionado con la ira desaptativa.

Eje II: V 71.02 Antisocial en la niñez o la adolescencia, y del comportamiento.

Eje III: Ninguno

Eje IV: Problema relacionado al grupo primario de apoyo (padre está detenido por homicidio y su hermano por violación sexual, la madre presenta problema de farmacodependencia).

Problema relacionado con robos de billetera y celulares.

Problema relacionado con suspensión repetida en la escuela por riñas.

Problema relacionado con bajo rendimiento académico.

Problema relacionado con padre detenido por homicidio.

Problema relacionado con madre con adicta a las drogas.

Problema relaciona con arresto por sospecha de robo de un celular.

Eje V 60

Resultado de la posprueba

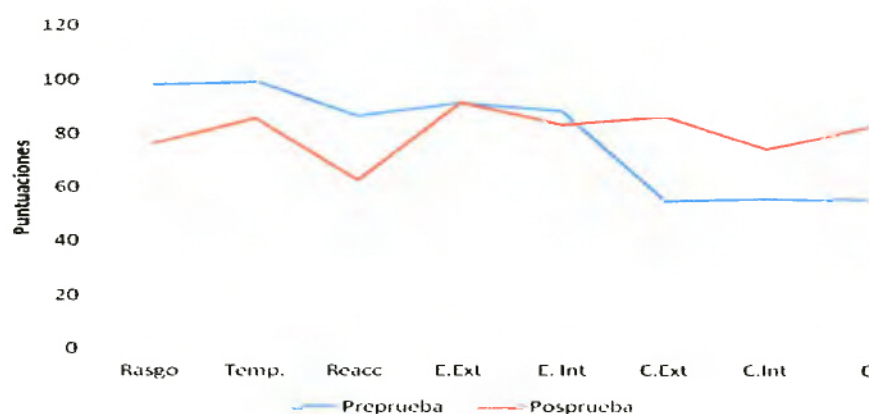
Inventario de Expresión de la Ira Estado –Rasgo, STAXI -NA

QL, aún se mantiene como un joven irritable e impulsivo. Cuando experimenta intenso sentimiento de ira suele expresarlo física y verbalmente. Pocas veces utiliza controles internos (no ignorar a la persona cuando le dicen algo) asimismo en su control externo se observa que pocas veces le gusta evitar la confrontación (no evita la situación de confrontación).

Tabla N0. 6. Análisis del sujeto 6: Del Inventario de la expresión de la ira Estado -Rasgo, STAXI –N del sujeto QL, antes y después de intervención de la terapia cognitiva conductual

Preprueba	Rasgo	Temp.	Reacc	E.Ext	E. Int	C.Ext	C.Int	C
	98	99	86	91	88	55	56	55
Posprueba	76	85	62	91	83	86	74	82

Grafico 6: Puntuación del STAXI –NA del sujeto 6 del grupo experimental



Resultados finales:

Creencia irracional de QL, más empleada:

“Piensa que todo el mudo lo quiere coger de bobo” “es por eso que para firme” (expresión usada en su medio).

“Nadie está bien” “no creo en hombre” (expresión usado en su medio)

Después de tres meses de haber participado de la intervención de la terapia cognitiva conductual de la escuela República del Paraguay el sujeto QL, presenta mayor control tanto interno externo de la emoción de la ira, además se mantuvo su expresión externa de ira mientras su control de ira disminuyó un poco. Con referencia al temperamento de ira, dicho rasgo de personalidad disminuyó durante la intervención cognitiva conductual, aún es un niño con tendencia a experimentar sentimiento de ira fácilmente.

QL, emplea estrategia de pensamiento y creencia positiva en la resolución de problemas así identificando las señales de situaciones y personas que activa su ira.

Sujeto 7

Nombre: S M

Edad: 10 años

Sexo: M

Nivel de escolaridad: III grado.

Edad en que inicio su trastorno de conducta disocial: 8 años.

Estatus socio – económico: Medio bajo.

Índice de expresión de ira: centil 99.

Estudia en la escuela República del Paraguay, desde II grado ya estaba presentado trastorno de conducta.

Historia personal:

Ha sido suspendido en dos ocasiones por riñas. En el recreo somete a otros niños y le roba su dinero. Amenaza frecuentemente a las colaboradoras del aseo de la escuela. Dice que conoce la cocaína y la mariguana, pero niega que la consume. Sólo, que en el lugar donde él vive, los jóvenes la venden y la consumen. Fue arrestado en la subestación de policía de Niñez y Adolescencia por cuatro horas, porque una señora lo acusó de hurtarle una bicicleta. Presenta bajo rendimiento académico. Amenazó al maestro de educación física de muerte, porque no le permitió jugar fútbol. Perteneció a una pandilla del área, no quiso revelar el nombre. Conoce el nombre de todas las pandillas rivales. Dice que cuando está en la calle siempre porta su arma de fuego.

Historia Familiar:

Actualmente vive en la calle 4 y avenida central territorio de la pandilla los “Demo Black” Vive con su abuela materna de 70 años. Informa SM: que sus padres viven en los Estado Unido de Norte América. Sólo que su padre está detenido en California por narcotráfico, ya tiene 15 años de estar privado de libertad. SM, vivió en California con sus padres, pero cuando cumplió los dos años su madre lo envió hacia Panamá para que viviera con su abuela. Le gusta deambular la calle tarde en la noche. No respeta a su abuela, la insulta con palabras obscenas. Tiene un medio hermano paterno 19 años de edad fuera del matrimonio, que roba y consume mariguana que influye negativamente en él.

Resultados de preprueba:

Inventario de Expresión de la Ira Estado –Rasgo, STAXI -N

El estado emocional psicobiológico del estudiante SM, en el momento de la aplicación indica bajo nivel de ira.

Con referencia al rasgo de ira de SM, es un niño que se irrita fácilmente y es propenso a expresar su sentimiento de ira.

SM, es un niño impulsivo con poco control de la ira, asimismo puede ser violento o vengativo para atacar a otra personas.

Cuando experimenta sentimiento de ira se enfrenta a las situaciones con agresión y hostilidad generalmente prefiere ir a la confrontación.

Evaluación multiaxial

Eje I: F98.8 Presenta trastorno de conducta disocial (312.xx) (reafirmado por el test de A -D para el diagnóstico de conducta antisocial y delictivas para niños y adolescentes).

F 63.9 Trastorno del control de los impulsos no específicos (312.xx).

Relacionado con la ira desaptativa.

Eje II: V 71.02 Antisocial en la niñez o la adolescencia, y del comportamiento.

Eje III: Ninguno

Eje IV: Problema relacionado al grupo primario de apoyo (padre está detenido en los Estados Unidos por narcotráfico internacional, abuela materna ya está anciana).

Problema relacionado con hurto de bicicleta.

Problema relacionado con suspensión repetida en la escuela por riñas.

Problema relacionado con bajo rendimiento académico

Problema relacionado con padre detenido por narcotráfico

Eje V 60

El resultado de la posprueba

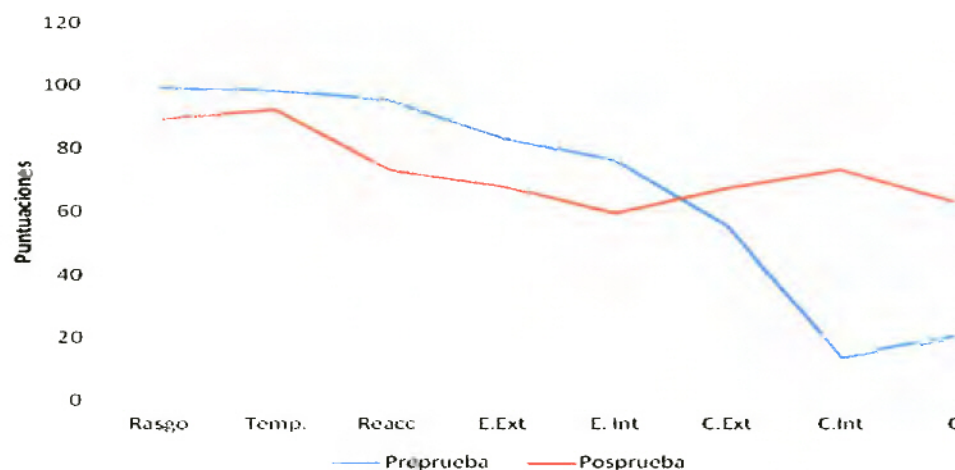
Inventario de Expresión de la Ira Estado –Rasgo, STAXI -NA

SM, aún se mantiene como un joven irritable e impulsivo. Cuando experimenta intenso sentimiento de ira suele expresarlo física y verbalmente. Pocas veces utiliza controles internos (no ignorar a la persona cuando le dicen algo) asimismo en su control externo se observa que pocas veces le gusta evitar la confrontación (no evita la situación de confrontación).

Tabla N0.7: Análisis del sujeto 6: Del Inventario de la expresión de la ira Estado -Rasgo, STAXI -NA del sujeto SM, antes y después de intervención de la terapia cognitiva conductual

Preprueba	Rasgo	Temp.	Reacc	E.Ext	E. Int	C.Ext	C.Int	C
	99	98	95	83	76	55	14	20
Posprueba	89	92	73	68	59	67	73	63

Grafico 7: Puntuación del STAXI –NA del sujeto 7 del grupo experimental



Resultados finales:

Después de tres meses de haber participado de la intervención de la terapia cognitiva conductual de la escuela República del Paraguay el sujeto SM, presenta mayor control interno y externo de la emoción de la ira, además redujo significativamente la expresión externa e interna de la ira. Con referencia al temperamento de ira, dicho rasgo de personalidad casi se mantiene, ya que es un niño irritable con tendencia a experimentar sentimiento de ira.

SM, emplea estrategia de pensamiento y creencia positiva en la resolución de problemas así identificando las señales de situaciones y personas que activan su ira.

Sujeto 8

Nombre: GZ

Edad: 11 años

Sexo: M

Nivel de escolaridad: IV grado

Edad en que inicio su trastorno de conducta disocial: 9 años

Estatus socio – económico: Medio bajo

Índice de expresión de ira: centil 89

Estudia en la escuela República del Paraguay desde kínder ya estaba presentado trastorno de conducta.

Historia personal:

Ha sido suspendido en 6 ocasiones por riñas. Amenaza frecuentemente a las colaboradoras del aseo de la escuela. Dice que quebró el vidrio del carro de un señor porque le llamó la atención cuando él golpeaba a un niño menor, porque le había escupido la cara. GZ, dice que le puso un puñal a una señora en el cuello para robarle su reloj. Le gusta circular por la terminal de los buses, para robar en las tiendas de los chinos.

Historia Familiar:

Actualmente vive en la calle 2 y avenida central territorio de la pandilla los “Demo Black” vive con su padre y su madre. Informa que su padre cuando está bajo el efecto de la cocaína insulta a la madre de GZ, y a veces la golpea. Cuando presencia esa situación de violencia en su casa agarra un palo y golpea a su padre para defender a su madre. Su padre está desempleado, se dedica a la venta ilegal de mariguana. Tiene 6 hermanos, el menor de tres (3) años de edad, GZ, es el penúltimo de sus hermanos, los otros cinco hermanos no viven en la casa con él, porque ya son mayores de edad. Sus hermanos de 23 y 25 años de edad están detenidos en el Centro Penitenciario Nueva Esperanza de la ciudad de Colón por robo a mano armada pagando una condena de 10 años.

Resultados de preprueba:

Inventario de Expresión de la Ira Estado –Rasgo, STAXI -NA

El estado emocional psicobiológico del estudiante GZ, en el momento de la aplicación indica bajo nivel de ira.

Con referencia al rasgo de ira de GZ es un niño que se irrita fácilmente y es propenso a expresar su sentimiento de ira.

GZ, es un niño impulsivo con poco control de la ira, asimismo puede ser violenta o vengativa como para atacar a otras personas.

Cuando experimenta sentimiento de ira se enfrenta a las situaciones con agresión y hostilidad generalmente, prefiere ir a la confrontación.

Evaluación multiaxial

Eje I: F98.8 Presenta trastorno de conducta disocial (312.xx) (reafirmado por el test de A -D para el diagnóstico de conducta antisocial y delictivas para niños y adolescentes).

F 63.9 Trastorno del control de los impulsos no específicos (312.xx)

Relacionado con la ira desaptativa.

Eje II: V 71.02 Antisocial en la niñez o la adolescencia, y del comportamiento.

Eje III: Ninguno

Eje IV: Problema relacionado al grupo primario de apoyo (violencia domestica entre ambos padres, padre consume cocaína, dos hermanos que están detenido por robo a manos armada).

Problema relacionado con robo de un reloj.

Problema relacionado con suspensión repetida en la escuela por riñas.

Problema relacionado con bajo rendimiento académico.

Problema relacionado con dos hermanos detenidos por robo a mano armada.

Problemas relacionado con daños a la propiedad ajena (romper el vidrio de un carro).

Eje V 50

Resultado de la posprueba

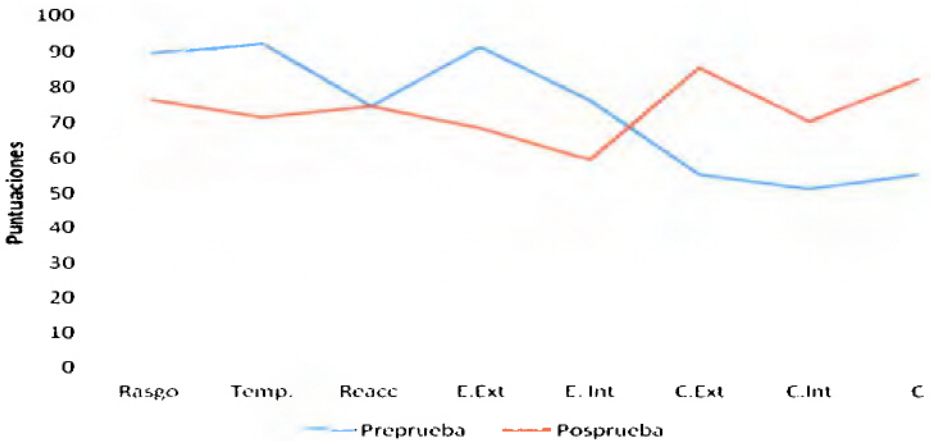
Inventario de Expresión de la Ira Estado –Rasgo, STAXI -NA

GZ, aun se mantiene como un joven irritable e impulsivo. Cuando experimenta intenso sentimiento de ira suele expresarlo física y verbalmente. Pocas veces utiliza controles internos (no ignorar a la persona cuando le dicen algo) asimismo en su control externo se observa que pocas veces le gusta evitar la confrontación (no evita la situación de confrontación).

Tabla N0. 8: Análisis del sujeto 8: Del Inventario de la expresión de la ira Estado –Rasgo, STAXI –NA del sujeto GZ, antes y después de la intervención de la terapia cognitiva conductual

Preprueba	Rasgo	Temp.	Reacc	E.Ext	E. Int	C.Ext	C.Int	C
	89	92	74	91	76	55	51	55
Posprueba	76	71	74	68	59	85	70	82

Grafico 8: Puntuación del STAXI –NA del sujeto 8 del grupo experimental



Resultados finales:

Creencia irracional de GZ más empleada:

“Piensa que nadie está bien”

“Piensa que todas las persona lo odian. Por su mal comportamiento.

Después de tres meses de haber participado de la intervención de la terapia cognitiva conductual de la escuela República del Paraguay el sujeto GZ presenta mayor control interno y externo de la emoción de la ira, además redujo significativamente la expresión externa e interna de la ira. Con referencia al temperamento de ira, dicho rasgo de personalidad disminuyó durante su participación en la intervención de la terapia cognitiva conductual, aún presenta tendencia a experimentar sentimiento de ira fácilmente.

GZ, emplea estrategia de pensamiento y creencia positiva en la resolución de problemas así identificando las señales de situaciones y personas que activa su ira.

Sujeto 9

Nombre: OP

Edad: 12 años.

Sexo: M

Nivel de escolaridad: VI grado.

Edad en que inicio su trastorno de conducta disocial: 7 años.

Estatus socio – económico: Medio bajo.

Índice de expresión de ira: centil 93.

Estudia en la escuela República del Paraguay desde kinder ya estaba presentado trastorno de conducta.

Historia personal:

Ha sido suspendido en tres ocasiones por riñas en la escuela. Informa la maestra que una vez dejó su cartera en el salón de clase y salió a la dirección, porque la directora la había mandado a buscar y le robaron B/ 50.00, y los

compañeros del salón de clase de OP, dijeron que él había sido, hasta lo último lo negó. En una ocasión peleando con otro adolescente sacó un arma blanca y lo amenazó que lo iba a matar. Dice que cualquier persona que lo amenace tiene que dejarlo muerto. Porque si no lo matan, viene por el que lo amenazó. Le gusta el juego de dados.

Historia Familiar:

Actualmente vive en la calle 1 y avenida Amador Guerrero territorio de la pandilla “Demo Black”. Vive con su madre y padre, y su hermana mayor de 26 años de edad que se dedica a la prostitución. Dice OP, que a la edad de 5 años, su padre lo maltrataba físicamente cuando se portaba mal, es por eso, que le tiene odio a su padre y desearía que se “muriera”. Su padre labora de albañil en una empresa constructora de la ciudad de Colón, su madre se dedica a la venta de lotería clandestina. Le gusta frecuentar con pares que pertenecen a las pandillas de los “Demo Black”. En dos ocasiones fue detenido por operativo de la Policía de la Niñez y la adolescencia, por deambular tarde en las calles.

Resultados de preprueba:

Inventario de Expresión de la Ira Estado –Rasgo, STAXI -NA

El estado emocional psicobiológico de estudiante OP, en el momento de la aplicación indica bajo nivel de ira.

Con referencia al rasgo de ira de OP, experimenta habitualmente sentimiento de ira y frustración, a menudo piensa que las demás personas le harán algún daño.

En ocasión manifiesta su ira a través de su conducta agresiva dirigida a otra persona. Puede expresarla en actos físicos como ataque a otras personas o de manera verbal amenazas insultos y en otra ocasión puede reprimir su ira.

Evaluación multiaxial

Eje I: F98.8 Presenta trastorno de conducta disocial (312.xx) (reafirmado por el test de A -D para el diagnostico de conducta antisocial y delictivas para niños y adolescentes).

F 63.9 Trastorno del control de los impulsos no específicos (312.xx).

Relacionado con la ira desaptativa.

Eje II: V 71.02 Antisocial en la niñez o la adolescencia, comportamiento.

Eje III: Ninguno

Eje IV: Problema relacionado al grupo primario de apoyo (padre lo maltrataba cuando era pequeño por tal razón siente odio hacia su padre).

Problema relacionado con robo a la maestra.

Problema relacionado con suspensión repetidas en la escuela por riñas.

Problemas relacionado con conflicto paterno filiar.

Problema relacionado con bajo rendimiento escolar

Eje V: 60

Resultado de la posprueba

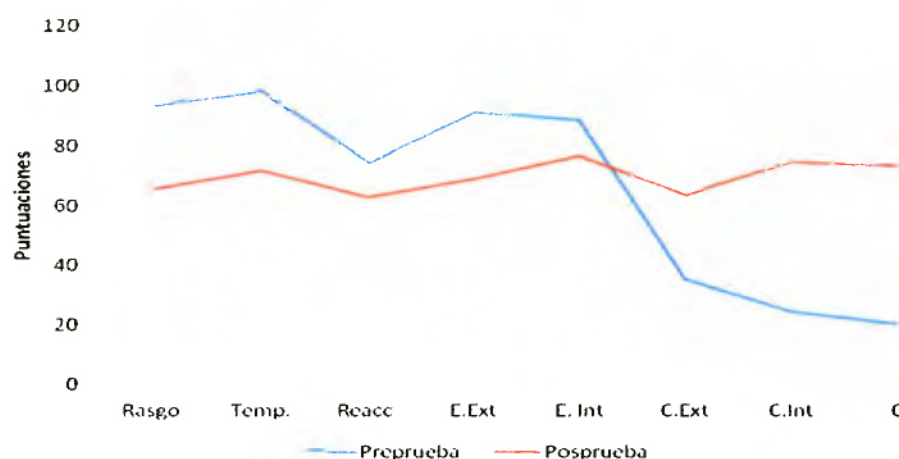
Inventario de Expresión de la Ira Estado –Rasgo, STAXI -NA

OP, aún se mantiene como un joven irritable e impulsivo. Cuando experimenta intenso sentimiento de ira suele expresarlo física y verbalmente. Poca veces utiliza controles internos (no ignorar a la persona) y externo (no evita la situación de confrontación) generalmente, va a la confrontación y se hace manifiesto su sentimiento de ira.

Tabla N0.9: Análisis del sujeto 9: Del inventario de la expresión de la ira Estado -Rasgo, STAXI –NA del sujeto OP, antes y después de intervención de la terapia cognitiva conductual

Preprueba	Rasgo	Temp.	Reacc	E.Ext	E. Int	C.Ext	C.Int	C
	93	98	74	91	88	35	24	20
Posprueba	65	71	62	68	76	63	74	73

Grafico 9: Puntuación del STAXI –NA del sujeto 9 del grupo experimental



Resultados finales:

Creencia irracional de OP más empleada:

“Piensa que todo el mudo lo trata como un estúpido” porque no se porta bien.

“Piensa que nadie cree en él, ni su propia familia porque es un estúpido.

Después de tres meses de haber participado de la intervención de la terapia cognitiva conductual de la escuela República del Paraguay el sujeto OP presenta mayor control tanto interno externo de la emoción de la ira, además redujo significativamente la expresión externa e interna de ira.

Con referencia al temperamento de ira, dicho rasgo de personalidad se mantiene, ya que es un joven irritable con tendencia a experimentar sentimiento de ira.

OP, emplea estrategia de pensamiento y creencia positiva en la resolución de problemas así identificando las señales de situaciones y personas que activan su ira.

Sujeto 10

Nombre: UL

Edad: 11 años.

Sexo: M

Nivel de escolaridad: IV grado.

Edad en que inicio su trastorno de conducta disocial: 9 años.

Estatus socio – económico: Medio bajo

Índice de expresión de ira: centil

Estudia en la escuela República del Paraguay desde I grado ya estaba presentado trastorno de conducta.

Historia personal:

Ha sido suspendido en 7 ocasiones por riñas. Fue suspendido del Súper mercado el Rey que está ubicado en el corregimiento de Sabanita de la ciudad de Colón, porque cuando empacaba los alimentos en la caja, se robó la cartera de una señora y contenía la suma de B/ 100.00. Le gusta ir de pavo en los buses. Asimismo le gusta deambular la calle a altas horas de la noche. En la escuela le gusta amenazar a sus compañeros.

Historia Familiar:

Actualmente vive en la calle 5 y avenida Herrera territorio de la pandilla los “Demo Black Vive con su madre de 40 años de edad y su abuela de 69 años. Su

padre está detenido por robo a mano armada. Tiene un hermano de 35 años de edad prófugo de la justicia por caso de homicidio relacionado con “Tumbe de drogas”.

Resultados de preprueba:

Inventario de Expresión de la Ira Estado –Rasgo, STAXI -NA

El estado emocional psicobiológico del estudiante UL en el momento de la aplicación indica bajo nivel de ira.

Con referencia al rasgo de ira de UL, es un niño que se irrita fácilmente y es propenso a expresar su sentimiento de ira.

UL es un niño impulsivo con poco control de la ira, asimismo puede ser violenta o vengativa como para atacar a otra personas.

Cuando experimenta sentimiento de ira se enfrenta a las situaciones con agresión y hostilidad generalmente prefiere ir a la confrontación.

Evaluación multiaxial

Eje I: F98.8 Presenta trastorno de conducta disocial (312.xx) (reafirmado por el test de A -D para el diagnóstico de conducta antisocial y delictivas para niños y adolescentes).

F 63.9 Trastorno del control de los impulsos no específicos (312.xx)

relacionado con la ira desaptativa.

Eje II: V 71.02 Antisocial en la niñez o la adolescencia, y del comportamiento.

Eje III: Ninguno

Eje 1V: Problema relacionado al grupo primario de apoyo (el padre está detenido por robo a mano armada, el hermano es prófugo de la justicia por homicidio).

Problema relacionado con robo de una cartera el Súper Mercado Rey.

Problema relacionado con suspensión repetidas en la escuela por riñas.

Problema relacionado con bajo rendimiento académico.

Problema relacionado con padre detenido por homicidio.

Problema relacionado con un hermano prófugo de la justicia.

Eje V 60

Resultado de la posprueba

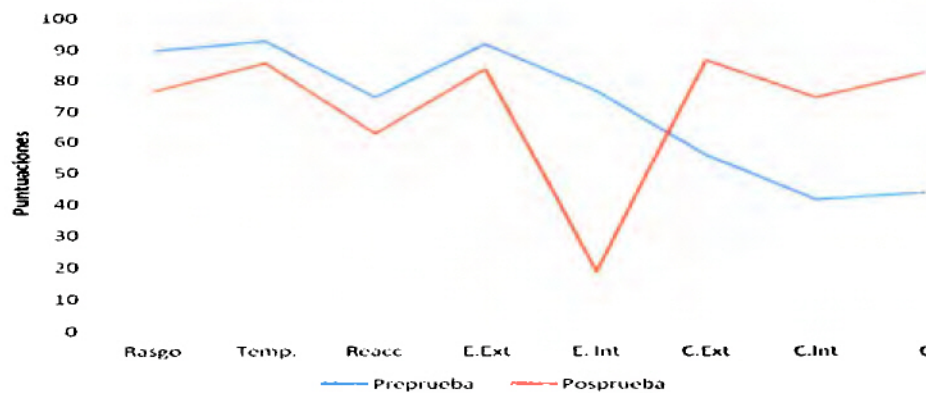
Inventario de expresión de la ira Estado –Rasgo, STAXI -NA

UL, aún se mantiene como un joven irritable e impulsivo. Cuando experimenta intenso sentimiento de ira suele expresarlo física y verbalmente. Pocas veces utiliza controles internos (no ignorar a la persona cuando le dicen algo) asimismo en su control externo se observa pocas veces le gusta evitar la confrontación (no evita la situación de confrontación).

Tabla N0. 10: Análisis del sujeto 10: Del Inventario de la expresión de la ira Estado -Rasgo, STAXI -NA del sujeto UL, antes y después de intervención de la terapia cognitiva conductual

Preprueba	Rasgo	Temp.	Reacc	E.Ext	E. Int	C.Ext	C.Int	C
	89	92	74	91	76	55	41	43
Posprueba	76	85	62	83	18	86	74	82

Grafico 10: Puntuación del STAXI –NA del sujeto 10 del grupo experimental



Resultados finales:

Creencia irracional de UL más empleada:

Piensa que nadie lo quiere, porque es un bruto.

Si no creen en mí me enoja.

Después de tres meses de haber participado de la intervención de la terapia cognitiva conductual de la escuela República del Paraguay el sujeto UL presenta mayor control interno y externo de la emoción de la ira, además redujo la expresión externa e interna de la ira. Con referencia al temperamento de ira, dicho rasgo de personalidad disminuyó un poco durante su participación en la intervención de la terapia cognitiva conductual, ya que él es un niño irritable con tendencia a experimentar sentimiento de ira.

UL, emplea estrategia de pensamiento y creencia positiva en la resolución de problemas que le sirven para identificar las señales de situaciones y personas que activa su ira.

Anexo 1

Hoja de consentimiento

Informado

Colón, junio de 2012.

a.- Solicitud

Profesora

Ánañayanci Cerezo

Directora

Escuela República del Paraguay

E. S. D.

Estimada directora Cerezo:

La presente es portadora de un cordial saludo y tiene el propósito de solicitar su autorización para el estudiante de maestría Simón Barrera Ávila, con cédula de identidad personal 3 -72 -165, pueda realizar su trabajo de graduación (tesis) en éste lugar escogido con especial interés.

La investigación tiene el título: Intervención Cognitiva –Conductual dirigida a mejorar el control y la expresión de la ira en un grupo de niños(as) y adolescente(as) con Trastorno de conducta disocial.

La psicoterapia cognitiva conductual tendrá una duración de 10 sesiones distribuida en dos sesiones por semana y cada una constaría de aproximación de 50 minutos. Para evaluar la eficacia de la intervención se aplicara STAXI –NA (Inventario de Expresión de ira estado –rasgo en niños y adolescents) de en su versión castellana (Miguel –Tobal, Casado, Cano –Vindel y Spielbreger, 2001) las medidas serán al inicio y al final del tratamiento.

Contará con el apoyo y supervisión de Magister Ricardo López, psicólogo clínico y director de la Facultad de Psicología de la Universidad de Panamá.

Agradeciéndole de antemano su cooperación, queda de usted,

Atentamente,

Magister Ricardo López

b. Consentimiento informado:

Nombre del Investigador: Simón Barrera Ávila

Teléfonos: 6503-6103.

Propósito del estudio: Disminuir las explosiones de ira interna y externa en niños y adolescentes con trastornos de conducta disocial.

Beneficios: Mejorar los controles de ira interna y externa, enseñando habilidades sociales (manejo de conflicto, Asertividad, Terapia de relajación).

Una vez leída la información anterior, por favor conteste a las siguientes preguntas.

- | | SI | NO |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Ha entendido toda la información suministrada en este formulario | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Se le han aclarado todas las dudas sobre el estudio en el que Participará. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Se le ha informado que usted puede renunciar en cualquier momento | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Sabe usted que los resultados y datos proporcionados son confidenciales | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si ha respondido **NO** a alguna de las repuestas anteriores, **NO FIRME ESTE FORMULARIO.**

Con mi firma en este formulario acepto que mi participación es voluntaria, que he entendido el propósito, que se me han informado mis derechos y que deseo participar en esta investigación.

Nombre y firma del estudiante

Firma del responsable

Fecha: _____

Psicólogo encargado

Hora: _____

Anexo N°2

Escala STAXI-NA para medir niveles de ira-niños y adolescentes

NOMBRE Y APELLIDOS

FECHA

EDAD

SEXO

☐ Varón

☐ Mujer

CURSO

CENTRO

STAXI



PARTE 1

INSTRUCCIONES

A continuación se presentan una serie de afirmaciones que la gente usa para describirse a sí misma. Lee cada frase y marca con un aspa (X) aquella respuesta que mejor describa CÓMO TE SIENTES AHORA MISMO

COMO ME SIENTO AHORA MISMO

	Poco	Bastante	Mucho
1. Estoy furioso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Estoy enfadado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Estoy rabioso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Tengo ganas de insultar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Tengo ganas de pegar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Estoy molesto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Tengo ganas de dar patadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Tengo ganas de maltratar a alguien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NO ANOTES
NADA EN ESTE
RECUADRO
O PODRÍAS
INVALIDAR
TU EJERCICIO.

PARTE 2

INSTRUCCIONES

Lee cada frase y marca con un aspa (X) la respuesta que mejor describa CÓMO TE SIENTES HABITUALMENTE

COMO ME SIENTO HABITUALMENTE

	Casi nunca	A veces	Casi siempre
9. Tengo mal genio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Me irrito fácilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Me enfurece retrasarme por culpa de otros ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Me enfurece que no se reconozca que trabajo bien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Exploto fácilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Digo cosas desagradables	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Me enfurece que me corrijan delante de otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Me enfurece hacer bien un examen y tener mala nota	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NO ANOTES
NADA EN ESTE
RECUADRO
O PODRÍAS
INVALIDAR
TU EJERCICIO.